ESC Council for

Cardiology Practice



<u>Cardionews</u>

Numero tre dicembre 2014

In questo numero

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

Direttore responsabile Guido Francesco Guida

Editore Giovanni Vincenzo Gaudio

Board

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

Web Master Francesco Paolo Alesi

Cardionews



Cari amici e colleghi,

a dicembre si è svolto a Roma il consiglio nazionale durante il quale:

è stata attivata la nuova sezione regionale del Piemonte;

una nuova associazione ha fatto richiesta di aderire al CFC;

la nostra socia Luigina Guasti è stata nominata referente delle attività scientifiche nazionali presso il Council for Cardiology Practice;

èstata creata una sezione per i farmacisti, con referente il socio Alvaro Vaccarella, per una più stretta collaborazione con questa importante categoria di professionisti sanitari. Invero già da tempo una loro rappresentante, Nunzia Giglio, fa parte del board di Cardionews.

Tra i successi indubbiamente quello dell'Italian Prevention Project che sarà oggetto di una comunicazione e di una pubblicazione. I gruppi di studio cominciano a lavorare ed, a breve, elaboreranno il resoconto delle loro attività.

In un convegno Siculo-Laziale verranno presentati i dati raccolti attraverso una survey condotta online dell'Heart Net Study condotto tra i nostri associati siciliani.

Il bilancio annuale della società è stato chiuso in attivo (a lordo da pregressi). Dato particolarmente meritevole in un periodo di sofferenza economica generalizzata.

L'ultima edizione di quest'anno di Cardionews, inoltre, vuole stigmatizzare il successo della newsletter che è stata apprezzata da ben 724 colleghi.

A tutti voi che ci leggerete e ci avete seguito con attenzione va un sentito augurio di buon anno 2015 da parte del C.N., del board e mio

Buona lettura a tutti!

Guido Francesco Guida



ARITMIE CARDIACHE, MORTE IMPROVVISA, VALVULOPATIE Asteggiano Riccardo

Vice chairman Council for Cardiology Practice – ESC



MALATTIE VALVOLARI CARDIACHE

Controversie in medicina – La gestione ottimale della terapia antitrombotica dopo impianto di protesi valvolare

Bernard lung et al. - The optimal management of anti-thrombotic therapy after valve replacement: certainties and uncertainties

La rassegna analizza una serie di condizioni cliniche molto diverse di pazienti con protesi valvolari: dalle protesi meccaniche che richiedono la terapia con inibitori della Vit K, alle biologiche, alle protesi impiantate con TAVI, dove sono indicati in associazione e con tempistica diversa gli anticoagulanti e gli antiaggreganti. In alcuni scenari persiste tuttora un certo grado di incertezza e non definizione. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu365.2942-2949 First published online: 9 September 2014

TAVI: tutto quello che c'è da sapere

Jeroen J. Bax et al. - Open issues in transcatheter aortic valve implantation. Part 1: patient selection and treatment strategy for transcatheter aortic valve implantation

DOI: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu256 2627-2638 First published online: 25 July 2014

Jeroen J. Bax et al - Open issues in transcatheter aortic valve implantation. Part 2: procedural issues and outcomes after transcatheter aortic valve implantation

DOI: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu257 2639-2654 First published online: 25 July 2014

La rassegna analizza in due parti le maggiori problematiche correlate alla TAVI: la selezione dei pazienti adatti alla procedura, il tipo di procedura più adatta in una specifica condizione, il tipo di devices, e gli attuali risultati della procedura.

ARITMIE E MORTE IMPROVVISA

Defibrillatore e sport Hein Heidbuchel et al. - Exercise and competitive sports in patients with an implantable cardioverter-defibrillator

DOI: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu1303097-3102 First published online: 8 April 2014

L'attività fisica intensa può innescare aritmie ventricolari e shock di AICD, per cui gli atleti competitivi non sono ritenuti idonei alle competizioni. La rassegna analizza il razionale di tale restrizione e la possibilità alla luce di nuove evidenze di modificare tale posizione per il prossimo futuro per certe categorie sportive; inoltre sono fornite indicazioni per la scelta del tipo di devices, la loro programmazione, per un'adeguata preparazione sia fisica che psicologica degli atleti con tale problematica.



PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE, IPERTENSIONE ARTERIOSA

Caterina Camastra, Attilio Castellaneta*

DIRIGENTE MEDICO, OSPEDALE SAN CAMILLO DI ROMA

*DIRIGENTE MEDICO, AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI, ROMA





Stenting dell'arteria renale vs terapia medica nei pazienti con malattia aterosclerotica renale

La stenosi aterosclerotica dell'arteria renale è frequente nel paziente anziano. In questo studio 947 pz con stenosi aterosclerotica dell'arteria renale, affetti da ipertensione sistolica nonostante il trattamento con due o più farmaci anti-ipertensivi o da malattia renale cronica, sono stati randomizzati a terapia medica associata a stenting dell'arteria renale o a terapia medica da sola. L'end point composito individuato era rappresentato da morte per cause cardiovascolari o renali, infarto miocardico, ictus o ospedalizzazione per scompenso cardiaco congestizio, insufficienza renale progressiva o necessità di trapianto di rene. Nei pazienti con stenosi aterosclerotica dell'arteria renale e affetti da ipertensione arteriosa o malattia renale cronica, lo stenting dell'arteria renale associato a terapia medica piena non ha determinato una significativa riduzione di eventi clinici.

NEJM 2014:371; 1392-1406



Bevande zuccherate ed incidenza di Ipertensione Arteriosa Sistolica

Interessante review di 605 studi (di questi 10 raggiungevano la significatività statistica) per un totale di 409.000 pazienti, in cui è stata valutata la correlazione tra consumo di Bevande Zuccherate ed incremento della Pressione Arteriosa Sistolica. La conclusione a cui sono giunti gli autori è la seguente: Il consumo di bevande zuccherate è direttamente proporzionale all'incremento pressorio ed all'incidenza di Ipertensione Arteriosa Sistolica. Raccomandazione: consigliare una drastica riduzione del consumo di bevande dolci ai pazienti Ipertesi

Am J Cardiology 2014; 113(9): 1574-1580

ALIMENTAZIONE E MALATTIE CARDIOVASCOLARI

Carabelli Giorgia

Biologo Nutrizionista Nutrigenetista ACSIAN - Varese



Perché fare un test genetico in nutrizione a cura di G. Carabelli e Lisa Fiore

Intolleranza al lattosio



Il lattosio è uno zucchero (disaccaride) prodotto dalla ghiandola mammaria dei mammiferi. E' costituito da due monosaccaridi, il glucosio ed il galattosio, ed è presente in concentrazioni variabili nel latte e nei suoi derivati. L'intolleranza al lattosio è una condizione in cui il consumo di latte e latticini provoca una reazione non allergica che si manifesta con disturbi gastrointestinali come gonfiore, dolore crampiforme e saltuaria diarrea. La responsabilità è da attribuirsi alla mancanza o alla riduzione degli enzimi deputati alla digestione del lattosio. Il lattosio viene scisso, nell'intestino, in glucosio e galattosio ad opera dell'enzima lattasi (beta-D-galattosidasi, LPH = lactase-phlorizin hydrolase) presente sulla superficie degli enterociti che rivestono i villi dell'intestino tenue. Tale enzima è codificato dal gene LPH mappato sul cromosoma 2. Individui che presentano la variante genotipica CC del polimorfismo -13910 C/T possono presentare i segni clinici dell'intolleranza al lattosio.

Il test genetico permette di definire la predisposizione all'intolleranza al lattosio studiando la composizione genetica. Ciò consente di adeguare il comportamento alimentare e lo stile di vita nell'ottica di una medicina sia curativa che, soprattutto, preventiva.

Celiachia

La celiachia, o enteropatia da glutine, è un'intolleranza permanente al glutine contenuto nelle farine di grano, orzo, farro, segale e avena. In alcuni individui predisposti, l'introduzione di glutine con la dieta causa danni a livello del tratto intestinale, dove avviene l'assorbimento degli alimenti. Dopo un periodo di durata variabile, il celiaco va incontro a malassorbimento intestinale che può provocare diarrea, dimagrimento, carenza di varie sostanze (vitamine, sali minerali), anemia, malattie della pelle.

La presenza di una forte componente genetica nella malattia celiaca è stata dimostrata dal coinvolgimento dei geni del sistema HLA nella suscettibilità verso la malattia. L'indagine genetica ha, in questi ultimi anni, acquisito un'importanza sempre maggiore. I loci HLA sono parte del complesso MHC (Major Histocompatibility Complex) mappato sul braccio corto del cromosoma 6, sistema complesso ed estremamente polimorfico. Numerosi studi riportano che la malattia celiaca si associa frequentemente alla presenza di specifici geni del sistema HLA, codificanti gli eterodimeri DQ2 e DQ8, identificabili tramite gli alleli DQA1*0501/DQB1*0201 o DQA1*0501/DQB1*0202 e DQB1*0302 rispettivamente. Il morbo celiaco ha una frequenza di



circa l'1% nella popolazione italiana e la maggior parte delle persone (90%) non sanno di averlo. Il test genetico mediante la ricerca degli aplotipi DQ2 e DQ8 presenta un valore predittivo negativo molto forte ed ha un significato predittivo positivo per la diagnosi della malattia celiaca. Inoltre in individui con sintomi, a cui è stata prescritta una dieta priva di glutine per un periodo di tempo significativo, il test genetico è spesso la sola via diagnostica. Nei prossimi numeri di Cardionews approfondiremo altri temi

ANGIOLOGIA Caterina Genova

SPECIALISTA ANGIOLOGO, TERMINI IMERESE, ASP PALERMO

REVISIONE DELLA LETTERATURA ANGIOLOGICA - TECNICHE IBRIDE



L'INTENTO DELL'ARTICOLO IN AMBITO ARTERIOSO NON È PROPORRE NUOVE TECNICHE TERAPEUTICHE IN MODO DETTAGLIATO, MA PORRE L'ACCENTO SU COME LA LORO EVOLUZIONE ABBIA PORTATO AL LORO USO IN COMBINAZIONE, PER MIGLIORARE LA PROGNOSI DI PAZIENTI AD ALTO RISCHIO. IL PRIMO CASO DI TRATTAMENTO IBRIDO È STATO NEL 1973 QUANDO LA DILATAZIONE DI UN'ARTERIA PELVICA CON UN BY-PASS FEMORO-FEMORALE FU FATTA PER IL SALVATAGGIO DELL'ARTO. IN ATTO LE PROCEDURE IBRIDE COSTITUISCONO IL 5-21% DEL NUMERO TOTALE DI RICOSTRUZIONI VASCOLARI. L'ISCHEMIA ACUTA DEGLI ARTI INFERIORI È UNA CONDIZIONE A RISCHIO DELL'ARTO CAUSATA DA EMBOLIZZAZIONE, TROMBOSI ARTERIOSA IN SITU, OCCLUSIONE ACUTA DEL GRAFT

LO STENT VENOSO L'ARTICOLO IN AMBITO VENOSO VUOLE ESSERE UNA SEMPLICE RIFLESSIONE SU COME IL SISTEMA VASCOLARE ARTERIOSO E VENOSO, PRIMA SEGNANTI DA UNA NETTA DISTINZIONE SIA ANATOMICA, FISIOPATOLOGICA E TERAPEUTICA, ADESSO SIANO VISTI CON DELLE CORRELAZIONI NON SOLO FISIPATOLOGICHE MA ANCHE DAL PUNTO DI VISTA TERAPEUTICO, INFATTI GLI STENT PRIMA USATI SOLO IN AMBITO ARTERIOSO ADESSO LO SONO ANCHE PER IL SISTEMA VENOSO; NEL CASO SPECIFICO È PRESENTATO IL CASO DI PAZIENTI CON OCCLUSIONE CRONICA TOTALE E STENOSI DELLA VENA ILIACA. L'OSTRUZIONE DEL FLUSSO VENOSO È LA MAGGIORE CAUSA DI INSUFFICIENZA VENOSA CRONICA DEGLI ARTI INFERIORI. L'ANGIOPLASTCA VENOSA COL PALLONCINO DA SOLA HA DATO POCHI RISULTATI PER LA PRECOCE RESTENOSI DOVUTA A RECOLING DELLA VENA. COSÌ SIMILMENTE ALLE PROCEDURE ARTERIOSE ANCHE IN CAMPO VENOSO SI È PROCEDUTO ALL'IMPIANTO DI UNO STENT OTTENENDO SODDISFACENTI RISULTATI A LUNGO TERMINE.

MALFORMAZIONI VASCOLARI LE MALFORMAZIONI VASCOLARI RESTANO UN ENIGMA NELLA MODERNA MEDICINA. DATA LA SCARSITÀ DI CONOSCENZE IN QUESTO CAMPO, CONDURRE UN APPROCCIO DIAGNOSTICO APPROPRIATO È UNA GRANDE SFIDA PER LA MAGGIOR PARTE DEI MEDICI NONOSTANTE IL PROGRESSO NEI MEZZI UTILIZZATI. L'APPROCCIO DIAGNOSTICO DOVREBBE INCLUDERE LA DISTINZIONE FRA TUMORI VASCOLARI E



MALFORMAZIONI VASCOLARI. L'USO DEL TERMINE ANGIOMA QUANDO RIFERITO AD UNA MALFORMAZIONE VASCOLARE, TUTTORA USATO DA ALCUNI IMPROPRIAMENTE CREA INFATTI EVIDENTE CONFUSIONE POICHÉ IMPLICA UNA PATOLOGIA NEOPLASTICA. LA CLASSIFICAZIONE DI HANBURG DEL 1989 PROPOSTA DA STEFAN BELOW, CLASSIFICA LE MALFORMAZIONI VASCOLARI SULLA MORFOLOGIA VASCOLARE PREDOMINANTE DELLE LESIONI DEI VASI COINVOLTI; PRESENTA ANCHE UNA SOTTOCLASSIFICAZIONE IN BASE ALLO STADIO EMBRIOGENETICO DEL DIFETTO, E IN RAPPORTO A CIÒ LE MALFORMAZIONI POSSONO ESSERE TRONCULARI O EXTRATRONCULARI

THE COMBINATION OF SURGICAL EMBOLECTOMY AND ENDOVASCULAR TECHNIQUES MAY IMPROVE OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE LOWER LIMB ISCHEMIA G. DONATO E AL., STUDIO PROSPETTICO NON RANDOMIZZATO RIPORTA I DATI DI 322 PAZIENTI CON ISCHEMIA ACUTA DELL'ARTO INFERIORE CHE SONO SOTTOPOSTI A EMBOLECTOMIA CON FOGARTY SOLO (N = 112) O IN UNIONE A TERAPIA ENDOVASCOLARE ((N=210). LA PERVIETÀ PRIMARIA STIMATA FU 90,4% VS 70,4% A 2-ANNI E 87,1% VS 66,3% A 5-ANNI DI FOLLOW-UP, PER I PAZIENTI TRATTATI CON HP E TE RISPETTIVAMENTE (P<0,01PER ENTRAMBI I CONFRONTI). COSÌ È RAGIONEVOLE DEDURRE CHE LE TECNICHE IBRIDE RAPPRESENTANO PER L'ISCHEMIA CRITICA DELL'ARTO INFERIORE UN VALIDO TRATTAMENTO ASSOCIATO A MINORE MORBILITÀ E MORTALITÀ. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24342067

BEST MANAGEMENT OPTIONS FOR CHRONIC ILIAC VEIN STENOSIS AND OCCLUSION. L'IMPIANTO DI STENT VENOSO SI È RAPIDAMENTE IMPOSTO COME PROCEDURA INIZIALE DI SCELTA NEL TRATTAMENTO DI STENOSI ILIACO-FEMORALI E DI OCCLUSIONI TOTALI CRONICHE.

CONTEMPORANEAMENTE L'USO DI ULTRASUONI INTRAVASCOLARE (IUVS) DI IMAGING, ESSENZIALE PER IL CORRETTO POSIZIONAMENTO DEI STENT, HA AMPLIATO IL CAMPO DI TRATTAMENTO. E' UNA PROCEDURA SICURA, LA PERCENTUALE DI COMPLICANZE È TRASCURABILE (<1%). LA MORTALITÀ È NULLA COSÌ COME L'EMBOLIA POLMONARE. QUESTA TECNICA MIGLIORA CONSIDEREVOLMENTE LA QUALITÀ DI VITA DEL PAZIENTE CON IL MIGLIORAMENTO DEI SINTOMI SOLLIEVO DEL DOLORE (DAL 86% AL 94% DEI CASI), RIDUZIONE DEL GONFIORE (DAL 66 AL 89% DEI CASI), GUARIGIONE DELLE ULCERE (DAL 58% AL 89%DEI CASI). http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23433816

CONSENSUS DOCUMENT OF THE INTERNATIONAL UNION OF ANGIOLOGY (IUA)-

2013. CURRENT CONCEPTS ON THE MANAGEMENT OF ARTERIO-VENOUS MALFORMATIONS. GLI ULTRASUONI SONO IL MEZZO PRIMARIO PER LO STUDIO DELLE ANOMALIE VASCOLARI, MA HANNO DELLE LIMITAZIONI NEL DEFINIRE L'ESTENSIONE DI LESIONI NON LOCALIZZATE ALLE ESTREMITÀ, DA QUI LA LORO INTEGRAZIONI CON LA MRI RISONANZA MAGNETICA. GLI ULTRASUONI INOLTRE HANNO DELLE LIMITAZIONI CON LA PRESENZA DI ARIA NEI POLMONI, O QUANDO LE LESIONI SONO LOCALIZZATE DENTRO L'OSSO, IN QUESTI CASI PUÒ ESSERE UTILIZZATA LA TC TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA; IN CASI SELEZIONI SI POSSONO USARE ANCHE GLI ULTRASUONI INTRAVASCOLARI O LA MISURAZIONE INVASIVA DELLA PRESSIONE.

NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI LA LINFOGRAFIA È STATA SOSTITUITA DALLA LINFOSCINTIGRAFIA NELLA DIAGNOSI DI LINFEDEMA; LA LINFOSCINTIGRAFIA È IL TEST DI SCELTA PER CONFERMARE O MENO UNA PATOLOGIA DEL VASI LINFATICI COME CAUSA DI EDEMA CRONICO DEGLI ARTI. LA SCINTIGRAFIA DEL SANGUE DELL'INTERO CORPO CON TC99 È USATA NELLO SCOPRIRE E VALUTARE IL DECORSO DELLE MALFORMAZIONI VASCOLARI (GRADE IB)



http://www.angiology.org/files/newsfiles/iua%20consensus%20-avm-%20final%20proofs.pdf

CARDIOPATIA ISCHEMICA CRONICA, ELETTROCARDIOGRAFIA

Giuseppe Antista Alfredo Monteverde*

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



LA DIETA MEDITERRENEA ANCORA VINCENTE Numerosi lavori hanno confermato il ruolo della dieta mediterranea nella prevenzione delle malattia cardiovascolari (CVD). In questo lavoro recentemente pubblicato sull'American Journal Hypertension alcuni ricercatori dell'Università di Honk Kong hanno valutato se la dieta mediterranea possa modificare positivamente la variabilità della pressione arteriosa (BPV) che è stato recentemente individuato come importante fattore di rischio cardiovascolare. METODI: lo studio ha coinvolto 274 pazienti affetti da coronaropatia stabile che sono stati seguiti per un periodo di circa 7 anni (77±12 mesi). Durante le visite di followup veniva assegnato un punteggio (Mediterranean Diet Score MDS) in base all'aderenza ad uno stile di dieta "mediterraneo" e venivano rilevati i valori della pressione arteriosa e della sua variabilità. Durante lo studio sono stati monitorati la comparsa di importanti eventi cardiovascolari (MACEs Major Adverse Cardiovascular Events) e di mortalità indipendentemente dalla correlazione con la patologia coronarica. CONCLUSIONI E COMMENTI: alla fine dello studio la mortalità complessiva era dell'11,3%, mentre il 16,1% della popolazione in esame ha sviluppato complicanze cardiache. Tutti i pazienti che avevano sviluppato complicanze cardiache o mortalità presentavano una BPV sistolica rispetto al resto della popolazione. Inoltre i pazienti che avevano sviluppato un evento cardiovascolare maggiore presentavano una più bassa aderenza alla dieta mediterranea; in particolare i soggetti che hanno sviluppato un ictus avevano un MDS minore, mentre non sono emerse differenze significative nella MDS tra i pazienti che hanno sviluppato una sindrome coronarica acuta, o in caso di mortalità cardiovascolare o mortalità per qualsiasi causa. Da ulteriore analisi si è osservato come una buona aderenza alla dieta mediterranea (alto MDS) sia un fattore predittivo indipendente per una bassa BPV ed eserciti un effetto protettivo contro il rischio di ictus. BIBLIOGRAFIA: Kui-Kai Lau et al. Mediterranean-Style Diet Is Associated With Reduced Blood Pressure Variability and Subsequent Stroke Risk in Patients With Coronary Artery Disease, Am J Hypertens (2014) doi: 10.1093/ajh/hpu195.

http://ajh.oxfordjournals.org/content/early/2014/11/18/ajh.hpu195.long



NURSING CARDIOVASCOLARE

Calogero Gugliotta

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

Ospedale per intensità di cura La modalità organizzativa per intensità di cura, prevede che nell'ospedale le attività non siano suddivise in base al reparto o specialità, ma bensì al bisogno di cura e di assistenza che il paziente richiede. Potremmo dire che la complessità assistenziale definisce il livello e la quantità di lavoro che sono richieste all'infermiere per soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica del singolo paziente. Il paziente sarà assegnato all'interno delle Aree di Degenza a seconda del tipo di intervento quantificato. Vari sono i fattori che possono descrivere la complessità assistenziale come ad esempio: la gravità e l'instabilità della patologia, il livello di dipendenza dalle cure infermieristiche, il tempo necessario a compiere le azioni infermieristiche, il livello delle procedure necessarie, la tecnologia necessaria per erogare l'assistenza, le competenze professionali e il livello di formazione necessario. Per approfondimenti: http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10636

http://www.ipasvi.it/attualita/il-modello-di-assistenza-ospedaliera-per-intensit--di-cura-id441.htm

http://www.saluter.it/ssr/aree/assistenza-ospedaliera/intensita-di-cura



Regione Piemonte ed intensità di cura Nel paragrafo "5.3.2 L'organizzazione delle aree ospedaliere per intensità di cura ed assistenza" del Piano socio sanitario della Regione Piemonte 2012-2015 leggiamo: L'organizzazione delle attività ospedaliere avviene in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. È un criterio che porta lo specialista al letto del malato e non viceversa. Questo dovrebbe comportare una maggiore assunzione di responsabilità da parte dell'infermiere che risulta essere l'unica costante presente con continuità accanto al letto del ricoverato. Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi l'omogeneità tra i bisogni e l'intensità di cure richieste, superando, così, il principio della sola contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica. Alle aree differenziate, di norma, corrisponde una responsabilità organizzativa. Ciò configura lo sviluppo dell'ospedale lungo due direttrici di responsabilità gestionale: a) sui processi di cura; b) sull'organizzazione delle risorse. Per approfondimenti: http://www.regione.piemonte.it/pianosanitario/dwd/piano socio sanitario.pdf



Interessante sentenza della Corte di Cassazione - Civile (Infermieri: no all'indennità di rischio) Un'infermiera che ha svolto l'attività lavorativa presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale, in via prioritaria presso la terapia intensiva e sub-intensiva verso i pazienti accettati in codice rosso o giallo, ha chiesto al Tribunale che venisse accertato il diritto alla percezione dell'indennità di rischio e disagio prevista dall'art. 44 del CCNL del Comparto Sanità del 10/9/1995, con condanna dell'Azienda sanitaria alla relativa corresponsione. Il giudice di primo grado ha interpretato la disposizione contrattuale invocata dalla ricorrente dando ragione alla stessa. La Corte di



Cassazione ha ritenuto non condivisibile tale orientamento ed ha chiarito che l'emolumento è strettamente correlato allo svolgimento di attività in reparti specifici, destinati alla somministrazione di particolari cure, per cui compete solo agli infermieri addetti ai servizi - intesi quali articolazioni strutturali dell'organizzazione sanitaria - di malattie infettive, di terapia intensiva e di terapia sub intensiva. Per Approfondimenti: Corte di Cassazione, sez. Lavoro, sentenza 19 dicembre 2013 -11 marzo 2014, n. 5565 Presidente Stile – Relatore Mancino.

CARDIOCHIRURGIA, RIANIMAZIONE CARDIOPOLMONARE Giuseppina Gabriella Surace

Cardiochirurgia, AOU Federico II, Napoli





L'ECMO o ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (Ossigenazione Extracorporea a Membrana) è una tecnica avanzata di supporto cardiopolmonare, utilizzata per trattare pazienti con insufficienza cardiaca e/o respiratoria acuta grave. potenzialmente reversibile ma refrattaria al trattamento medico e farmacologico convenzionale massimale. Le linee guida indicano l'uso di questa tipologia di circolazione extracorporea a medio termine, in caso di shock cardiogeno post IMA, svezzamento dal bypass cardiopolmonare dopo un intervento di cardiochirurgia, miocardite, bridge al trapianto cardiaco, o in caso di insufficienza del graft post trapianto. Sono stati effettuati una serie di studi che hanno valutato il ruolo dell'ECMO nel contesto di una sindrome coronarica acuta (SCA) refrattaria alla terapia convenzionale. È questo il caso di un paziente in cui l'intera procedura di PCI è stata effettuata con il paziente in fibrillazione ventricolare (FV) persistente, resistente alla defibrillazione e alle manovre di rianimazione cardiopolmonare (RCP), con sostegno ECMO. A seguito della rivascolarizzazione, il ritmo cardiaco del paziente si è convertito in ritmo sinusale con un unico shock di defibrillazione con un eccellente recupero neurologico. L'uso dell'ECMO, in assenza di controindicazioni, può essere adottato come bridge alla PCI in caso di SCA complicata da FV refrattaria alla RCP convenzionale, con un più alto tasso di sopravvivenza. Mehrdad Golian et all. Successful cardiac resuscitation with extracorporeal membrane oxygenation in the setting of persistent ventricular fibrillation: a case report. BMC Research Notes 2014, 7:782.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4236475/





Una nuova tecnologia di riparazione della valvola mitrale.

La chirurgia ripartiva della valvola mitrale ha mostrato risultati superiori, a medio e a lungo termine, rispetto alla chirurgia sostitutiva nei pazienti con prolasso della valvola mitrale. La "tecnica loop" prevede l'utilizzo e l'impianto di neocorde per le riparazioni sia del lembo anteriore che del lembo posteriore. Esistono diverse tecniche mirate a prevedere la lunghezza delle neocorde, ma spesso bisogna ricorrere ad un regolazione post-impianto, allungando i tempi del bypass cardiopolmonare, e nessuna tecnica è compatibile con un approccio mininvasivo o con la chirurgia robotica. "Neochordameter" è un dispositivo che permette la ricostruzione, prima dell'intervento, delle neocorde, utilizzando delle misurazioni eseguite con l'ecocardiografia transtoracia (distanza tra il punto di coaptazione e l'apice del muscolo papillare antorolaterale, distanza tra il punto di coaptazione e l'apice del muscolo papillare posteromediale). In tutti i casi la valvuloplastica è stata completata impiantando anche un anello protesico. L'ecocardiografia trenesofagea intraoperatoria non ha mostrato rigurgito significativo, in nessun caso si è resa necessaria una regolazione della lunghezza delle neocorde e nel follow-up a breve termine non vi è stata nessuna complicanza. Questa nuova tecnologia permette di ridurre il tempo del bypass cardiopolmonare, costruire delle neocorde con una lunghezza più precisa e, inoltre, potrebbe consentire l'utilizzo di questa tecnica ripartiva con un approccio minivasivo. Alireza Alizadeh-Ghavidel et all. Neochordameter: A New Technology in Mitral Valve Repair. Res Cardiovasc Med. Nov 2013; 2(4): 186-189.

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4253781

SINDROMI CORONARICHE ACUTE, SCOMPENSO CARDIACO

Maria Gabriella Vitrano

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



La maggiore durata della duplice terapia antiaggregante dopo impianto di stent riduce il rischio di trombosi coronarica American Heart Association Scientific Sessions 2014

Secondo gli ultimi aggiornamenti clinici degli studi presentati all'American Heart Association 2014 i pazienti che assumono due farmaci anti-aggreganti oltre i normali 12 mesi dopo impianto di stent hanno probabilità significativamente inferiori di sviluppare trombosi in stent o di avere un infarto rispetto a quelli il cui trattamento è stato fatto seguendo il protocollo standard di 12 mesi. I ricercatori hanno scoperto che i partecipanti allo studio che assumevano aspirina più un altro tipo di farmaco anti-aggregante (clopidogrel o prasugrel) - per 30 piuttosto che 12 mesi dopo impianto



di stent - avevano probabilità 0,5 volte inferiore di sviluppare thrombos in-stent rispetto ai pazienti che hanno ricevuto la duplice terapia per 12 mesi, seguiti dal'associazione aspirina e placebo per 18 mesi (gruppo placebo) e presentavano una riduzione di circa la metà del rischio di nuovi infarti rispetto al gruppo placebo" Lo studio DAPT (Dual antiaggregante Therapy) è stato il primo e l' unico studio che ha confrontato la durata del trattamento con la terapia antiaggregante che è stato adeguatamente dimensionato per rilevare un vantaggio sugli infarti correlati a trombosi intrastent. Gli orientamenti europei richiedono da 6 a 12 mesi di trattamento e le linee guida americane 12 mesi dopo la procedura. Ciò che è da chiarire è se il trattamento combinato per più di 12 mesi potrebbe ridurre il rischio di trombosi in-stent o se potrebbe prevenire attacchi di cuore o ictus. La sicurezza di un trattamento a lungo termine è stata valutata anche in questo processo. Anche se il rischio di sanguinamenti moderati è risultato più frequente nel gruppo che assumeva i farmaci rispetto al gruppo placebo nello studio le 'emorragie fatali erano rare in entrambi i gruppi di pazienti. Mentre le percentuali di ictus e i tassi di mortalità non risultavano ridotti, estendendo il trattamento combinato, i ricercatori hanno notato in un'analisi secondaria, valutando i dati oltre il tempo dopo che tutti i pazienti avevano smesso il farmaco in studio (a 33 mesi), che la morte per qualsiasi causa era dello 0,8 % superiore (2,3 per cento vs 1,5 per cento) nel gruppo che assumeva farmaci rispetto a quelli trattati con placebo. Il rischio di infarto e trombosi intrastent con doppia terapia antiaggregante era positivo in tutti i gruppi di pazienti, indipendentemente dai tipi di farmaco e stent utilizzati ma si dovrebbero prendere in considerazione i rischi individuali dei pazienti a cui si prescrive la doppia antiaggregazione.Lo studio DAPT, studio internazionale durato 5 anni, ha arruolato 25.682 pazienti. 22.866 hanno ricevuto stent a rilascio di farmaco, e di questi 9.961 pazienti (età media 62 anni, circa il 25 per cento di sesso femminile, e per lo più dagli Stati Uniti) sono stati randomizzati nell'analisi primaria. Lo studio si è svolto da agosto 2009 a giugno 2014, a più di 450 siti negli Stati Uniti, Canada, Europa, Australia e Nuova Zelanda. Limitazioni dello studio includono il fatto che comprendeva solo pazienti che tolleravano farmaci antiaggreganti per un anno; e il follow-up si è concluso dopo 33 mesi, anche se i dati dello studio suggeriscono che la più lunga durata del trattamento può fornire benefici aggiuntivi.



Le giovani donne sottoposte a stress psicologici sono più esposte a rischio di alterazioni del flusso ematico coronarico American Heart Association Scientific Session 2014.

Giovani donne con malattia coronarica stabile sono più propense degli uomini ad avere un ridotto flusso di sangue al cuore in corso di stress emotivo ma non di stress fisico, secondo la ricerca presentata al dell'American Heart Association Scientific Sessions 2014. Rispetto agli uomini della stessa età, se sottoposti a un test di stress mentale, le donne:

- 55 anni e più giovani avevano tre volte maggiore riduzione del flusso di sangue al cuore;
- 56-64 anni avevano il doppio della riduzione del flusso di sangue al cuore; e
- 65 anni e più anziane avevano alcuna differenza di flusso di sangue al cuore.

Le donne che sviluppano la malattia di cuore in età più giovane costituiscono uno speciale gruppo ad alto rischio, perché sono sproporzionatamente vulnerabili allo stress emotivo. Le donne generalmente sviluppano malattie cardiache più tardi nella vita rispetto agli uomini. Tuttavia, le donne più giovani che hanno attacchi di cuore prematuri hanno più probabilità di morire rispetto agli uomini della stessa età. I fattori di rischio, come il diabete o pressione alta, non spiegano queste differenze di mortalità. Nello studio, i ricercatori hanno dato una prova di stress mentale e standardizzato e in un giorno a parte, un tradizionale test fisico di stress (test da sforzo tapis



roulant o stress test farmacologico) per 534 pazienti con malattia coronarica stabile. Per il protocollo stress mentale, pazienti è stato chiesto di immaginare una situazione di vita stressante e un discorso di questa storia di fronte a un piccolo pubblico. I ricercatori hanno usato l'imaging nucleare nelle prove di stress e a riposo. Essi hanno inoltre monitorato la frequenza cardiaca e la pressione sanguigna durante entrambi i test fisici e mentali. Poi, hanno analizzato le differenze di flusso coronarico in base al sesso e all'età. In contrasto con le grandi differenze nel flusso sanguigno osservato con lo stress mentale, non vi erano differenze nel flusso sanguigno con lo stress fisico tra uomini e donne. Donne giovani e di mezza età possono essere più vulnerabili allo stress emotivo, (la gestione dei figli, matrimonio, lavoro e cura dei genitori), Gli operatori sanitari dovrebbero essere consapevoli della particolare vulnerabilita'delle donne giovani e di mezza età per sottolineare e porre le domande sullo stress psicologico che spesso non vengono chieste



ITALIC study 6 contro 24 mesi di doppia terapia antiaggregante dopo stent medicato di nuova generazione American Heart Association Scientific Sessions 2014.

L'ITALIC trial, presentato all'AHA, e contemporaneamente pubblicato sul Journal of American College of Cardiology,, ha valutato l'effetto della doppia terapia antiaggregante (DAT) a breve e lungo termine dopo PCI su pazienti che hanno impiantato DES di nuova generazione ed erano anche non resistenti all'aspirina. Dei 1.850 pazienti che erano non-resistenti all'aspirina, 926 sono stati randomizzati in modo casuale a ricevere DAT per 6 mesi, mentre 924 pazienti che hanno ricevuto la terapia erano nei 2/3 diabetici, un quarto è stato sottoposto in precedenza ad un intervento chirurgico di bypass o a PCI, e quasi la metà ha avuto una sindrome coronarica acuta (SCA). Gli end point primari dello studio erano morte, infarto del miocardio (MI), rivascolarizzazione ripetuta sul vaso trattato (TVR), ictus o sanguinamento maggiore entro 12 mesi dallo stenting. Non è stata rilevata alcuna differenza significativa tra i due gruppi per quanto riguarda l'end point primario (1,5 vs 1,6 per cento, p = 0,85), anche nei pazienti con sindrome coronarica acuta. Lo studio ha dimostrato la non-inferiorità, a 6 mesi vs 24 mesi della DAT, con una differenza di rischio assoluto di 0,11% (p di non inferiorità = 0,0002). Inoltre, non sono state rilevate differenze significative tra i 2 gruppi nella trombosi dello stent e complicanze emorragiche. Infine il trial non ha mostrato un aumento del sanguinamento nei pazienti trattati con DAT a lungo termine, ma piuttosto che il trattamento con la DAT ha evidenziato una riduzione maggiore dell'end point composito di morte, ictus e MI.



Evidence that matters

High prevalence of masked uncontrolled hypertension in people with treated hypertension José R. Banegas et al... The prevalence of masked suboptimal BP control in patients with treated and well-controlled clinic BP is high. Clinic BP monitoring alone is thus inadequate to optimize BP control because many patients have an elevated nocturnal BP. These findings suggest that ABPM should become more routine to confirm BP control, especially in higher risk groups and/or those with borderline control of clinic BP. DOI: http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehu016 3304-3312 First published online: 4 February 2014

Bisoprololo favorisce il corretto metabolismo del collagene miocardico

Fonte: Heart Vessels. 2014 Oct 29. Pur essendo ormai noto come la somministrazione di β-bloccanti in pazienti con insufficienza cardiaca (CHF) comporti il miglioramento della funzione



ventricolare sinistra (LV), non sono ancora ben chiari i meccanismi attraverso cui si esplichi tale azione. Questo studio ha dunque indagato, tramite ecocardiografia e dosaggio dei marcatori sierici del metabolismo del collagene (CITP: telopeptide C-terminale del collagene tipo I e MMP-2: metalloproteinasi della matrice), i cambiamenti ottenibili nel metabolismo del collagene miocardico, e dunque sulla funzionalità ventricolare, dopo un anno di trattamento con bisoprololo. Il controllo dei suddetti parametri è stato eseguito in 62 pazienti affetti da insufficienza cardiaca con ridotta frazione di eiezione al basale e dopo 1, 6 e 12 mesi di terapia. I risultati ottenuti hanno dimostrato come il miglioramento ecocardiografico della funzionalità ventricolare sinistra sia stato associato, in maniera direttamente proporzionale, ad una riduzione del tempo di decelerazione mitralica (DCT), della frequenza cardiaca e dei valori sierici di CITP e MMP-2. In conclusione, l'incremento della funzionalità ventricolare ottenibile con la somministrazione di bisoprololo è combinato con un migliorato metabolismo del collagene miocardico.

Le statine allungano la vita: i dati del follow-up a 20 anni dello studio WOSCOPS

Fonte: American Heart Association Scientific Session 2014. All'AHA di Chicago sono stati presentati dal Dr. C. Packard (Università di Glasgow, Scozia). I dati del follow-up a 20 anni del trial WOSCOPS (West of Scotland Coronary Prevention Study) che hanno dimostrato come il trattamento con statine per almeno 5 anni determini una "persistente riduzione negli eventi cardiovascolari" in un periodo di 2 decadi. Il Dr.Packard ha dichiarato che, anche solo 5 anni di pravastatina possono "allungare" la vita, alterando la storia naturale della cardiopatia abbassando i livelli del colesterolo LDL. Il suddetto trial di prevenzione primaria ha arruolato 6.595 uomini (età compresa tra i 45 - 64) con elevati valori di colesterolo trattati con la statina "pioneristica" del 1995, la pravastatina, a 40 mg che se assunta per 5 anni è in grado di ridurre il rischio di infarto miocardico non fatale o morte per cause cardiovascolari del 31% rispetto al placebo. Nel trial, la pravastatina diminuiva i valori di colesterolo LDL del 26% e di colesterolo totale del 20%. A 20 anni, la mortalità cardiovascolare era ridotta del 27% e quella per tutte le cause del 13%. La necessità di rivascolarizzazione coronarica era inoltre diminuita del 19% mentre l'incidenza di scompenso cardiaco del 31%. Da segnalare che la terapia con statine non ha dato alcun segnale di incremento di tumori in un follow-up così lungo, supportando l'idea che i vantaggi della terapia ipocolesterolemizzante superano di gran lunga gli svantaggi.

Austrian researchers show encapsulation of cancer drugs reduces heart damage Echocardiography detects early deterioration of heart function allowing prevention medication to be given. Professor Bergler-Klein said: "Cancer survival has greatly improved, especially in breast cancer and lymphomas. But many chemotherapies, in particular anthracyclines, cause cardiac side effects that can lead to cardiomyopathy and severe heart failure. Anthracyclines are a cornerstone of oncology treatment but the more cycles needed to fight cancer, the more cardiotoxic side effects the patient will have. We have shown that the cardiotoxicity can be reduced with liposomal encapsulation. Cardiac monitoring of all patients receiving anthracyclines is essential to detect early deterioration of the heart and give preventive treatment."

European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI) meeting



STEMI: New Guideline Highlights

The American College of Cardiology Foundation (ACCF)/American Heart Association (AHA) updated their guideline for management of ST-elevation myocardial infarction (STEMI) in 2013. The previous update was issued in 2009. Beneficial interventions in patients with STEMI include



early fibrinolysis for patients not undergoing PCI, as well as therapeutic hypothermia for patients with cardiac arrest due to ventricular fibrillation or pulseless ventricular tachycardia

In patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for STEMI, newer P2Y12 inhibitors are available as alternatives to clopidogrel as the second antiplatelet agent in combination with aspirin. To reduce bleeding risk, the duration of triple antithrombotic therapy with a vitamin K antagonist, aspirin, and P2Y12 inhibitor should be limited

Atrial fibrillation in Europe: state of the state in disease management!

Author: Pillarisetti, J., Lakkireddy, D. DOI: doi/10.1093/eurheartj/ehu415

What is 'valvular' atrial fibrillation? A reappraisal

Author: De Caterina, R., Camm, A. J. doi/10.1093/eurheartj/ehu352

VIENNA, Austria -- December 5, 2014 -- New 3D printed heart technology could reduce the number of heart surgeries in children with congenital heart disease, according to a study presented at EuroEcho-Imaging, the Annual Meeting of the European Association of Cardiovascular Imaging (EACVI), part of the European Society of Cardiology (ESC).

Ambulatory blood pressure (BP) monitoring predicts long-term cardiovascular outcomes independent of office BP screening measurements and may therefore improve screening accuracy, according to an updated systematic review for the US Preventive Services Task Force (USPSTF) published onlineDecember 23 in the Annals of Internal Medicine http://annals.org/article.aspx?articleid=2085846 "These results suggest that time and resources might be better directed toward improved measurement accuracy and timely measurement in higher-risk persons rather than measurement of all persons at every office visit," the study authors conclude

New recommendations for primary prevention of stroke released by the American Heart Association (AHA)/American Stroke Association (ASA). The updated guideline was published online October 28 in Stroke

http://stroke.ahajournals.org/content/early/2014/10/28/STR.000000000000046.abstract

Sex after MI Few patients report receiving counseling regarding the resumption of sexual activity after an acute MI even when it occurs between the ages of 18 and 55, new research indicates. Lindau ST et al. Sexual activity and counseling in the first month after acute myocardial infarction (AMI) ... A prospective, observational study. Circulation 2014.

DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.012709



Quiz cardiologici n. 2

A cura di Riccardo Asteggiano

Qual è la tachicardia sopraventricolare organizzata più frequente:

- a) rientro AV
- b) rientro NAV
- c) rientro sinusale
- d) giunzionale a focolaio

Corretto b)

QUALE DI QUESTE COMPLICANZE NON E' STATA DESCRITTA IN CORSO DI ABLAZIONE CON RADIOFREQUENZA DELLA FIBRILLAZIONE ATRIALE

1)Tamponamento pericardio 2) Stroke 3) Infarto miocardio 4)Stenosi arterie polmonari

A cura di Giuseppe Antista e Alfredo Monteverde

I geni che attualmente risultano essere correlati con la sindrome del Q-T corto sono:

A) KCNH2 B) KCNQ1 C) KCNJ2 D) Nessuno di quelli indicati E) Tutti quelli indicati Risposta esatta E

In presenza di marcata ipokaliemia l'intervallo Q-T corretto:

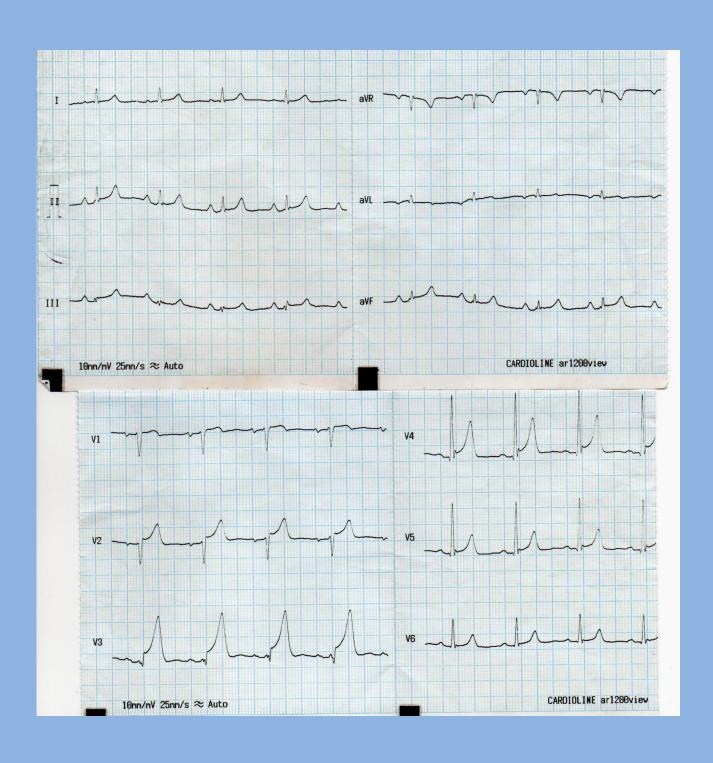
A) Rimane invariato B) Si accorcia C) Ha un comportamento variabile in funzione della frequenza cardiaca D) Si allunga E) Ha un comportamento variabile in funzione dell'età del paziente

Risposta esatta D



L'elettrocardiogramma del n.4

A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde





L'elettrocardiogramma del n.4

A cura di Giuseppe Antista ed Alfredo Monteverde

ECG

- Notizie cliniche: uomo di anni 71, ex-fumatore, affetto da ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete mellito, BPCO; viene in ambulatorio per il manifestarsi, da alcuni mesi, di dolori toracici e dipnea da sforzo; non esibisce esami strumentali e/o bioumorali.
- Esame obiettivo: non diaforesi, non febbre, non edemi, PAO = 170/100, al torace assenza di rumori patologici, polsi periferici normosfigmici,

BMI circa 30, nulla di particolare da segnalare a carico degli altri organi ed apparati.

- Refertazione (descrittiva): R.S. con FC = 74 b/min, anomalia atriale sinistra, bassi voltaggi periferici, mancata progressione dell'onda
- "r" da V1 a V3, sopraslivellamento (concavo) del tratto S-T e alta onda T in sede anteriore.
 - "Senno del poi": il paziente è stato accompagnato in P.S. dove sono stati effettuati ecocardiogramma transtoracico, Rx torace ed esami
- di laboratorio per determinazioni seriate degli enzimi miocardiospecifici, oltre elettroliti sierici e "routine" ed EGA + EAB.
- Commento finale: mi sembra interessante, al di là dell'elettrocardiogramma, il percorso decisionale: le indagini eseguite in P.S. non hanno rilevato alterazioni a carattere acuto o parametri di allerta; il paziente, persistendo la sintomatologia, è stato ricoverato in ambito internistico per approfondimento diagnostico. Mi sembra che si possa approvare la gestione del caso, trattandosi di soggetto ad alto rischio, con una sintomatologia da attenzionare, a carico di parenchimi "nobili".

Non è importante soltanto sapere, ma anche sapere cosa fare.

QUIZ n. 1

Quali dei seguenti farmaci possono avere interazioni con olmesartan?

- a) FANS
- b) Antiacidi
- c) Eparina
- d) a + b + c



Quale, tra le seguenti condizioni, non è controindicazione all'impiego di bisoprololo?

- a) Blocco atrio-ventricolare di 1° grado
 - b) Sindrome di Raynaud
- c) Grave broncopneumopatia cronica
 - d) Insufficienza cardiaca acuta

La risposta ai quiz verrà data nel prossimo numero di cardionews



dalle regioni ...

Regione Calabria, Roberto Fava

Nessuna comunicazione

Regione Campania, Giuseppina Gabriella Surace

Nessun evento

Regione Lazio, Maria Teresa Leporini, Attilio Castellaneta segr. vicario

Roma cuore: ottobre 2014 – Interregionale Siculo-Laziale: primo semestre 2015

Regione Lombardia, Claudio Pini

Nessuna comunicazione

Regione Sicilia, Maria Gabriella Vitrano

programma in fieri per l'anno 2015 con alcune date da confermare:

21 febbraio a Messina Congresso CFC "Focus sulla Cardiopatia Ischemica" in collaborazione con l'Universita' degli Studi e con le principali strutture ospedaliere di Messina

Marzo Congresso del CFC a Caltanissetta in collaborazione con l'ANMCO e la SIC

7 febbraio Corso BLSD del CFC a Palermo per medici e infermieri

Corsi di elettrocardiografia (aritmie e ischemia) per medici ed infermieri organizzato dal responsabile della Provincia di Palermo

Convegno su " denervazione renale nell'ipertensione arteriosa"

Convegno Interregionale Siculo Laziale in data da definire

Congresso sulle patologie in Menopausa

La nostra e-mail è <u>cfc.sicilia@gmail.com</u>

Regione Umbria, Isabella Tritto

Nessun evento segnalato

Regione Piemonte, Francesca Mirabelli

Nessun evento segnalato



Comunicazione a tutti gli iscritti CFC

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

1. LA COMPILAZIONE DEL MODULO PRESENTE SUL NS SITO

www.cfcardiologia.it

2. IL VERSAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA

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

Coordinate Bancarie:

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

Causale: quota associativa Collegio Federativo di Cardiologia



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 Nightime-Symptoms & Device)

Il Progetto Survey M.O.N.D. (ModifyOutcome of Nightime-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 entusiamo 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. (ModifyOutcome of Nightime-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 devicenonchè 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

IV Congresso Nazionale AIMAR Pescara, 6-9 maggio 2015



Risultato inchiesta condotta su www.cfcardiologia.it

