



# IL CUORE DI ROMA

*magazine*

Organo di informazione trimestrale dell'Associazione  
Il Cuore Di Roma - Onlus • [www.ilcuorediroma.org](http://www.ilcuorediroma.org)

*mantieni il ritmo*

Anno I - N. 1 - Luglio-Settembre 2009

## GRAZIE DI... CUORE

**Caro Amico, Cara Amica,**

desidero ringraziarti fin d'ora per l'attenzione che stai dedicando a questo Giornalino che rappresenta

alle molteplicità delle terapie cardiovascolari esistenti (dai farmaci, alle terapie interventistiche, a quelle chirurgiche) una disparità di assistenza da

noto e su quanto vi è di più recente nell'aumento della prevenzione, della diagnosi e della terapia delle malattie di cuore.

*Risposte operative*, mediante l'organizzazione di centri di studio per la prevenzione delle malattie cardiovascolari, di controllo ambulatoriale per problematiche estemporanee dalle palpitazioni al dolore toracico, alla sincope e quant'altro.

Nell'era dell'informatica, della teletrasmissione e dei controlli a distanza, non può mancare a "Il Cuore di Roma - Onlus", la possibilità di un contatto diretto, anche se a distanza, tra associati e sanitari per una immediata quantificazione di problemi emergenti e una pronta soluzione degli stessi. Questo è lo **SPORTELLLO CUORE**. Un accesso informatico diretto con il sottoscritto, al quale sottoporre quesiti, dubbi, casi clinici, problematiche varie inerenti la patologia cardiovascolare. La risposta sarà gratuita, veloce e mi auguro... competente.

Per un completamento organizzativo, gestionale e scientifico di una Associazione come "Il Cuore di Roma - Onlus" non può mancare un supporto ospedaliero per ulteriori approfondimenti diagnostici o programmi terapeutici. Il **Dipartimento Cardiovascolare dell'Azienda Ospedaliera S. Filippo Neri** con tutto il suo personale medico, infermie-

ristico e tecnico e di supporto logistico altamente specializzato nel settore rappresenterà il nostro compagno di viaggio in questa nuova avventura a favore dei cardiopatici. L'impresa è certamente ardua, ma affascinante. Abbiamo bisogno dell'aiuto di tutti nel supportare il decollo di una iniziativa di simile importanza.

**Unisciti a noi nella battaglia alle malattie cardiovascolari!**

**Unisciti a noi nell'aiuto ai pazienti malati di cuore!**

**Unisciti a noi per una vita migliore e più lunga!**

**"Mantieni il Ritmo"**

e Grazie di... Cuore

*Prof. Massimo Santini*  
PRESIDENTE  
"Il Cuore di Roma - Onlus"



PROF. MASSIMO SANTINI

l'organo di informazione di una Associazione senza scopo di lucro (ONLUS) a favore dei pazienti malati di cuore.

Come certamente saprai le malattie di cuore sono moltissime, di varia gravità, di diversa presentazione clinica, con diversissimi sintomi e con evoluzione ampiamente variabile dalla guarigione alla cronicizzazione e a volte purtroppo al decesso.

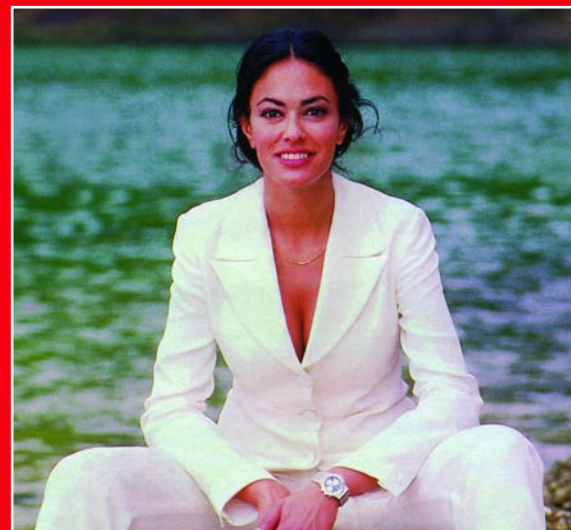
Il più elevato numero di ricoveri al Pronto Soccorso di tutti gli Ospedali è dovuto a malattie di cuore ma i reparti specializzati nel loro trattamento non sono presenti ovunque.

Ciò può creare, insieme

paziente a paziente.

Come ridurre l'incidenza di tale patologia? Come assicurare ai pazienti il miglior trattamento disponibile? Come continuare la sorveglianza dei pazienti dopo il loro ricovero in ospedale? Come controllare l'aderenza dei malati alle cure prescritte? Come facilitare il loro percorso diagnostico e assistenziale in caso di una ripresa della loro malattia? Sono questi gli interrogativi ai quali "Il Cuore di Roma - Onlus" cercherà di dare risposta.

*Risposte educative*, mediante l'informazione più larga e diffusa possibile su quanto è



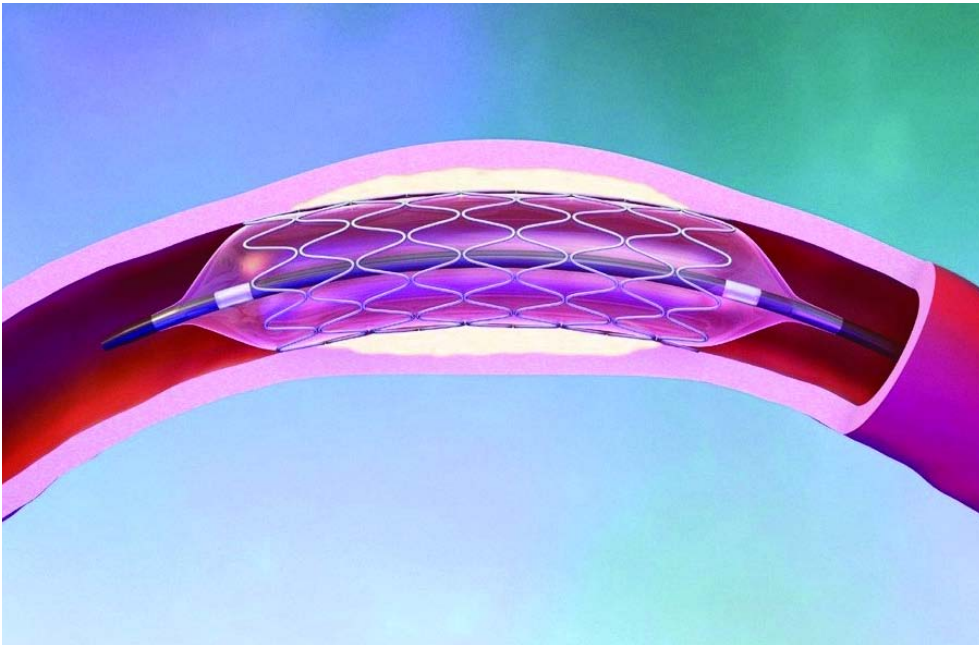
*Unisciti a noi,  
non delegare la  
tutela della tua salute.*

*Mantieni il ritmo!*

**Maria Grazia Cucinotta**

# PALLONCINI, TUBICINI E PICCOLI TRAPANI CONTRO L'INFARTO

*L'angioplastica, gli stent e il Rotablator, sono gli strumenti che consentono al cardiologo di riaprire le coronarie, i vasi che nutrono il cuore.*



L'angioplastica coronarica con palloncino è una tecnica che consente di riaprire le ostruzioni coronariche senza ricorrere ad interventi chirurgici. L'occlusione improvvisa di una coronaria (in genere per la formazione di un trombo) può provocare un infarto miocardico, mentre un restringimento, tale da ridurre il flusso del sangue, causa l'angina (da sforzo o a riposo). L'angioplastica consiste nell'inserire nel punto ostruito della coronaria un palloncino, gonfiando il quale, si schiaccia all'esterno la placca e il trombo e si riapre il vaso. La procedura viene di solito completata con l'impianto di uno stent, una piccola armatura metallica a rete che viene espansa ad alta pressione all'interno del vaso. Lo stent schiaccia ulteriormente all'esterno la placca che ostruiva il vaso e,

con la sua struttura metallica a rete, impedisce che la



DOTT. VINCENZO PASCERI

placca possa riformarsi nel vaso (e quindi richiudere la coronaria). Negli ultimi anni, agli stent tradizionali metallici si sono affiancati anche stent 'medicati', cioè ricoperti di farmaci che riducono il rischio della formazione di nuova placca ostruente. Le coronarie hanno un diametro tra 2 e 4 mm, per cui i palloncini e gli stent che vengono utilizzati sono molto piccoli,

un vero capolavoro di ingegneria miniaturizzata.

L'angioplastica si esegue in anestesia locale: il paziente è quindi sveglio e cosciente. Si entra da un'arteria periferica (la femorale all'inguine o la radiale al polso, raramente l'arteria brachiale alla piega del gomito) con un catetere che raggiunge le arterie coronarie e attraverso il quale viene fatto passare tutto il materiale che sarà impiegato all'interno della coronaria (i palloncini e gli stent). Per le ostruzioni coronariche particolarmente dure e calcifiche si può usare anche il Rotablator, una specie di piccolo trapano. Possono essere utilizzati anche sistemi per aspirare il trombo nei casi di infarto acuto e sistemi di ecografia intravascolare (che consentono di effettuare un'ecografia all'interno della coronaria), ecc.

L'angioplastica coronarica è da circa 10-15 anni la procedura più utilizzata per eseguire la rivascolarizzazione delle coronarie. Nel 2008 in Italia sono state eseguite oltre 120 mila angioplastiche coronariche e il loro numero è in continuo aumento. La procedura può essere effettuata in elezione per migliorare i sintomi nei pazienti con angina da sforzo; in questo caso il paziente viene chiamato da casa per eseguire la procedura. Al contrario, i pazienti con angina instabile, ad alto rischio di andare incontro ad un infarto, vengono ricoverati subito in ospedale e la procedura viene eseguita in urgenza (di solito entro 24-48 ore dal ricovero). La vera angioplastica di emergenza viene eseguita in caso di infarto miocardico acuto, quando ogni minuto è prezioso. Numerosi studi hanno dimostrato che la migliore terapia dell'infarto è l'angioplastica. Questa procedura consente infatti di ridurre la mortalità più della terapia con i farmaci trombolitici (che riaprono la coronaria nel 55% circa dei casi contro il 90-95% dell'angioplastica). Per questo, gli ospedali più importanti sono di solito dotati di un servizio di emodinamica attivo 24 ore su 24. Questo consente di trattare tempestivamente tutti i pazienti con infarto, anche di notte o nei giorni festivi. È tuttavia fondamentale che il paziente con sintomi sugge-

stivi di infarto (dolore o oppressione al torace, collo o braccia, di durata maggiore a 20-30 minuti, specie se associato a malessere, sudorazione o sensazione di fame d'aria) chiami subito il 118. Quando si chiude una coronaria infatti, le cellule del cuore cominciano a morire già dopo 20 minuti e il danno è completo e irreversibile nell'arco di poche ore. Riaprire la coronaria entro 2-3 ore dall'inizio dei sintomi, consente di salvare una grossa quota di tessuto cardiaco, che andrebbe al contrario perso per sempre, ritardando l'angioplastica anche di poche ore.

*Dott. Vincenzo Pasceri*  
Dirigente Medico dell'Unità Operativa  
Complessa di Emodinamica  
del S. Filippo Neri

COLOPHON  
**IL CUORE  
DI ROMA**  
*magazine*

Periodico trimestrale  
della Onlus  
'Il Cuore di Roma'

**Direttore**  
Massimo Santini

**Direttore Responsabile**  
Maria Rita Montebelli

**Segreteria di Redazione:**  
Patricia de Paul

**e-mail:**  
giornale@ilcuorediroma.org

**sito web:**  
www.ilcuorediroma.org

Iscrizione al Tribunale di Roma  
del 04/05/2009 n. 151/2009

**Proprietà:**  
Il Cuore di Roma - Onlus

**Grafica e stampa:**  
Silvestro Chiricozzi S.r.l. - Roma

# GINNASTICA PER CUORI AFFATICATI

*Un programma di attività fisica controllata consente al cuore scompensato e ai muscoli di ritrovare forza e vigore, riducendo affanno e stanchezza.*

L'affanno che compare per sforzi sempre più modesti e la sensazione di una grande fatica, possono essere spia dello scompenso cardiaco, una condizione che si verifica quando il cuore è 'affaticato' e non ce la fa più a pompare adeguatamente il sangue, in risposta alle necessità dell'organismo. E il problema non riguarda soltanto il cuore; è stato dimostrato infatti che nello scompenso cardiaco anche i muscoli sono in sofferenza; in particolare ricevono meno sangue ossigenato, sia a riposo che durante uno sforzo, e questo spiega la precoce insorgenza di affaticamento muscolare e dell'iper-ventilazione.

“Lo scompenso cardiaco – spiega la professoressa Anna Patrizia Jesi Dirigente Cardiologia Riabilitativa Salus Infirmorum A.C.O. S.

Filippo Neri - può essere modificato con il training fisico; per questo sono stati proposti programmi di attività fisica controllata in sostituzione del classico riposo a letto o in poltrona, poiché l'inattività determina il cosiddetto “decondizionamento muscolare”, cioè ipotonia ed ipotrofia della massa muscolare”.

Nei pazienti con scompenso cardiaco l'attività fisica moderata e controllata migliora la perfusione muscolare e ritarda l'accumulo di acido lattico nei muscoli; ciò determina un aumento del consumo di ossigeno, della contrattilità muscolare e quindi della capacità lavorativa.

“Prima di avviare un paziente con scompenso cardiaco ad un programma di training fisico – prosegue la professoressa Jesi - occorre valutare attentamente le sue

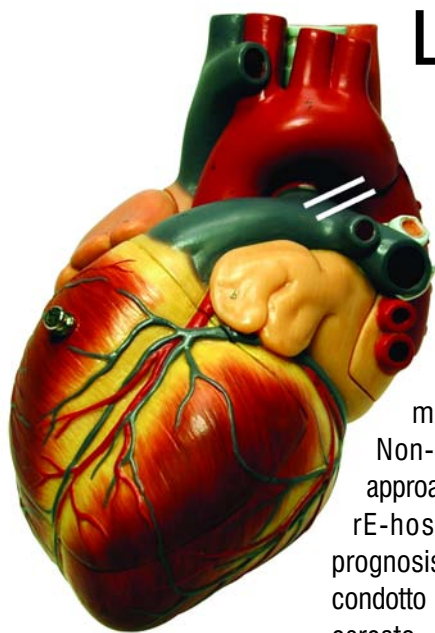
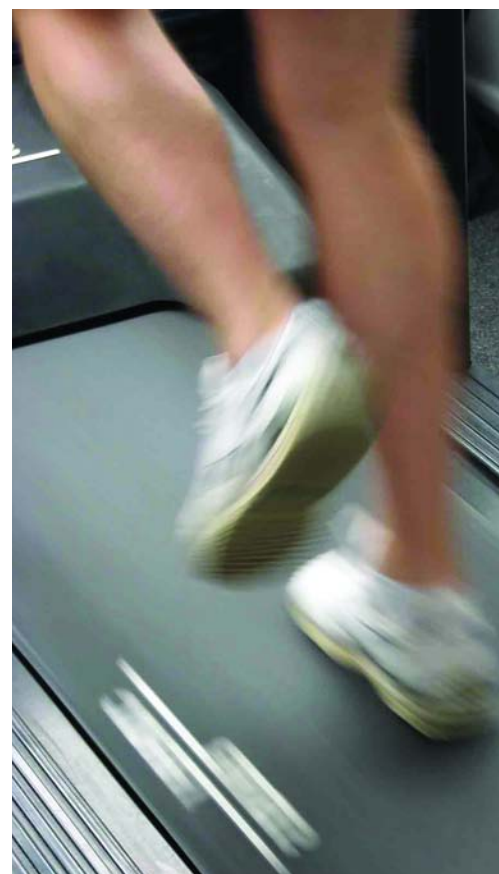
condizioni generali e cardio-circolatorie ed essere sicuri del fatto che il paziente sia sufficientemente motivato. Il training fisico allenante può essere effettuato solo nei pazienti stabili clinicamente, perlomeno da tre settimane, che parlino senza affanno e con una frequenza cardiaca a riposo non superiore ai 110 battiti al minuto. Vanno esclusi i pazienti che, durante l'esercizio, lamentano precocemente affanno e/o fatica o nei quali si riscontrano segni fisici particolari (rantoli polmonari e/o ritmo di galoppo). In questi pazienti sono consentiti esercizi di mobilizzazione attiva e passiva a letto od in poltrona, nonché brevi passeggiate controllate in corridoio, al fine di prevenire o contrastare il decondizionamento muscolare.

Per una corretta impostazione di un programma di

training fisico risulta utile il test cardiopolmonare o, in pazienti selezionati, il test del cammino di 6 minuti. Questi test consento-

no di programmare il carico di lavoro delle sedute di allenamento. “La durata del programma di training fisico nello scompenso cardiaco – spiega la professoressa Jesi - non è ben definita; i protocolli esistenti in letteratura variano da 8 settimane a 12 mesi. Nel nostro centro abbiamo ottenuto risultati soddisfacenti con un periodo di allenamento complessivo di circa 6 mesi, in regime inizialmente di ricovero e successivamente ambulatorio

o di day-hospital con sedute trisettimanali di un'ora ciascuna. La riabilitazione dei pazienti con scompenso cardiaco deve comunque essere condotta in centri che hanno un elevato volume di attività e un'esperienza consolidata, al fine di personalizzare il programma di training e di eseguirlo in totale sicurezza. Il training fisico migliora la qualità di vita del paziente scompensato e ne riduce i ricoveri ripetuti”.



## LE NOVITÀ DEL CONGRESSO HEART FAILURE 2009

*Nizza, Maggio 2009*

**CHANCE** (Congestive Heart failure: A multidisciplinary Non-pharmacological approach for Changing in rE-hospitalisation and prognosis) è uno studio condotto in Russia, che ha cercato di verificare se,

interventi di tipo non farmacologico alla dimissione, affidati alle infermiere e ad altri operatori sanitari, fossero in grado di ridurre il rischio di un nuovo ricovero. Lo studio ha dimostrato che l'educazione del paziente e un follow up attivo, in aggiunta alle terapie mediche ottimali, può ridurre la morbilità e la mortalità per scompenso cardiaco.

**CHAT** (Chronic Heart failure Assistance by Telephone) è un affascinante studio australiano che ha cercato di vedere se un intervento telefonico (con consigli sui sintomi, sul trattamento, ecc) potesse ridurre la necessità di ricoveri ospedalieri ripetuti o la mortalità da scompenso cardiaco tra i pazienti residenti in aree rurali. Questo studio sugge-

risce che un supporto telefonico può ridurre in maniera significativa la mortalità e il tasso di ospedalizzazione in chi vive lontano dai grandi centri abitati.



# QUANDO IL PAZIENTE HA LE 'FARFALLE AL CUORE'



*Alte percentuali di successo per l'ablazione trans catetere, un trattamento non farmacologico della fibrillazione atriale*



PROF. CLAUDIO PANDOZI

Si manifesta spesso come 'palpitazione', una fastidiosa sensazione del battito cardiaco (che normalmente non avvertiamo). Il cuore sembra improvvisamente impazzito, batte in maniera del tutto irregolare e molto veloce. "È la fibrillazione atriale - spiega il professor Claudio Pandozi, Direttore dell'U.O.S. di Elettrofisiologia Cardiaca dell'Ospedale S. Filippo Neri - un'aritmia cardiaca molto comune soprattutto tra gli anziani, causata da un'attivazione elettrica completamente caotica degli atri, che ne rende del tutto irregolare ed inefficace la contrazione." Oltre alle palpitazioni, il paziente affetto da questa aritmia può presentare stanchezza e affanno, che gli impediscono di compiere sforzi anche minimi. Ma questa è solo una parte dei problemi provocati da questa aritmia. "Il vero rischio che corre il paziente con fibril-

lazione atriale - spiega il professor Pandozi - è la possibilità che si formino all'interno delle cavità atriali, che si contraggono in maniera caotica e inefficiente, dei coaguli di sangue. Quando da questi si



DOTT. CARLO LAVALLE

staccano dei frammenti (emboli) che vengono pompati dal cuore nella circolazione generale si possono avere conseguenze drammatiche, come l'ictus cerebrale, l'infarto intestinale o la chiusura di un'arteria di una gamba. È per questo motivo che è così importante che i pazienti con fibrillazione atriale assumano la terapia anticoagulante, farmaci che mantengono il sangue fluido ed evitano la

formazione dei trombi". E naturalmente, oltre alle complicanze è possibile ed auspicabile trattare anche la fibrillazione atriale stessa. "Gli scopi della terapia - spiega il dottor Carlo Lavalle dell'unità di Elettrofisiologia Cardiaca del S. Filippo Neri - sono essenzialmente due interrompere l'aritmia, ripristinando il battito normale del cuore (il cosiddetto ritmo sinusale) e prevenire le recidive ovvero la ricomparsa dell'aritmia stessa. Per interrompere l'aritmia si possono utilizzare farmaci antiaritmici in genere somministrati per via endovenosa o ricorrere alla cardioversione elettrica, cioè all'erogazione di una 'scossa' elettrica a livello del torace che consente il ripristino del normale ritmo cardiaco". Per la prevenzione delle recidive si possono utilizzare farmaci antiaritmici che però possono dare effetti indesiderati a livello cardiaco ed extracardiaco e

devono essere assunti praticamente a vita. È per questo che, sempre più di frequente, si fa ricorso a trattamenti non farmacologici, dei quali il più diffuso è l'ablazione trans-catetere. "Questa si effettua andando a realizzare una serie di 'bruciature' a livello della parete atriale, soprattutto in alcune zone, che si sono dimostrate di fondamentale importanza per l'insorgenza ed il mantenimento di questa aritmia". Per realizzare queste bruciature 'strategiche' vengono introdotte attraverso una grossa vena della gamba (la vena femorale) degli speciali cateteri che sono sospinti fino all'atrio. Dopo essersi posizionati sulla zona da trattare, si va a riscaldare la punta di queste piccole sonde, provocando così alcune piccole bruciature a livello della parete atriale (es. a livello dello sbocco delle vene polmonari in atrio sinistro). In questo modo è quindi possibile eliminare le aree critiche per lo sviluppo ed il per-

petuarsi dell'aritmia. Le tecniche di ablazione trans-catetere presentano una percentuale di successo pari a circa 80% ed una percentuale di complicanze bassa.

"L'ablazione trans catetere - conclude il professor Pandozi - è quindi la metodica di trattamento della fibrillazione atriale indicata in tutti i pazienti con fibrillazione atriale recidivante, sintomatici e resistenti ai farmaci antiaritmici. Vista l'elevata percentuale di successo e la bassa incidenza di complicanze questo trattamento è destinato a diventare in futuro il trattamento di prima scelta della fibrillazione atriale".



# SALE? NO GRAZIE!

*La battaglia dei cardiologi portoghesi contro il sale (in particolare quello aggiunto al pane) uno dei principali responsabili dell'epidemia di ipertensione e di ictus di questo Paese*

“Tutti lì ad occuparsi del colesterolo della dieta, e intanto la gente ingurgitava enormi quantità di sale, senza neanche renderse-ne conto”. A parlare è il dottor Luis Martins, che qualche anno fa ha deciso di muovere guerra al sale, uno dei principali responsabili delle malattie cardio-

vascolari in Portogallo. In questo Paese, che detiene il triste primato della più alta mortalità d'Europa per ictus, la gente mangia in media 12 grammi di sale al giorno, il doppio del consentito per gli adulti (ma per gli ipertesi conclamati, il consiglio è di non superare i 3 grammi

al giorno). È bastato poco per scoprire uno dei principali colpevoli di questa situazione: sul banco degli imputati è finito il pane portoghese, con i suoi quasi 20 grammi di sodio per chilo (il 53% in più della media del pane di altre 6 nazioni europee). “A questo punto – prosegue Martins, che nel frattempo aveva riunito i crociati anti-sale sotto l'egida dell'Azione Portoghese contro il Sale e l'ipertensione (PAASH) – abbiamo deciso di fare del pane salato, la nostra 'bandiera' in questa operazione, alleandoci anche con l'Associazione dei Panificatori Portoghesi.”

Una battaglia mediatica a tutto campo, quella messa in campo dai medici della Società Portoghese dell'Ipertensione, con tanto di *testimonial* eccellenti: da calciatori famosi a personaggi dei cartoni animati, per far passare il messaggio in maniera più efficace in tutte le fasce d'età. Uno sforzo collettivo enorme, coronato dal meritato successo. Nel marzo scorso, il Parlamento portoghese ha emanato una legge che rende obbligatorio indicare il contenuto di sodio nei cibi e limita il contenuto di sodio nel pane e nei cibi processati ad un massimo di 14 gr/Kg. In più,

grazie alla campagna di informazione a tappeto fatta su tutti i media, oggi 3 portoghesi su 4 conoscono i rischi di una dieta con troppo sale (mentre nel 2007 solo il 29% ne era al corrente). E intanto Martins e colleghi hanno calcolato che, ridurre anche di un solo grammo al giorno l'apporto di sale con la dieta, può salvare alla fine dell'anno la vita di 2500 portoghesi. Ma i crociati anti-sale guardano già al futuro e fanno nuovi progetti, questa volta diretti ai bambini. Non solo sale, ma anche cibi sani e tanta attività fisica.



## IPERTENSIONE: CURVE PERICOLOSE!

*Gli esperti riuniti a Milano in occasione del congresso della Società Europea dell'Ipertensione (ESH) mettono in guardia dai pericoli della 'curva J'*

La pressione alta va trattata adeguatamente, ma attenzione a non esagerare, soprattutto in chi ha già dei problemi. A lanciare l'allarme è il professor Giuseppe Mancia, Università di Milano 'Bicocca'. Se si scende troppo - e il livello di sicurezza è indicato dagli esperti sui 120 mmHg per la 'massima' e sui 70 mmHg per la 'minima' - il rischio, in

particolare nelle persone con problemi di cuore o in chi abbia già avuto un ictus, è quello di fare più male che bene. Scendendo al di sotto di questi valori è infatti come se la curva del rischio di malattie cardio-vascolari abbinata all'ipertensione, facesse un'inversione a U (quello che gli esperti chiamano la 'curva J'): ad un certo punto, il rischio di

infarto o di ictus, anziché continuare a scendere insieme ai valori della pressione, comincia a salire di nuovo, man mano che i valori pressori crollano al di sotto dei limiti di sicurezza. Questo non significa che la pressione alta non vada trattata. Sempre per i cosiddetti individui ad alto rischio il consiglio degli esperti è di cominciare a prendere farmaci per

la pressione quando questa sale al di sopra dei 130/85 mmHg (per la popolazione 'normale', l'inizio della terapia scatta al di sopra dei 140/90 mmHg), avendo come obiettivo quello di stabilizzare la pressione al di sotto dei 130/80 mmHg (ma, come visto senza superare il limite di guardia dei 120/70 mmHg). Per ottenere questi

risultati vanno bene tutti i farmaci a disposizione, anche se gli esperti raccomandano di privilegiare in prima battuta ACE-inibitori, sartani e calcio-antagonisti. “In realtà – prosegue Mancia – non si dovrebbe più parlare di farmaci da usare in prima, in seconda o in terza battuta; è meglio indicare invece quale farmaco sarebbe meglio usare per un certo paziente e in quali circostanze. Ad esempio, per prevenire l'ictus sono più efficaci i calcio-antagonisti, dei beta bloccanti; mentre nella prevenzione dello scompenso cardiaco, i beta-bloccanti sono superiori ai calcio-antagonisti”.



# ARRESTO CARDIACO: QUANDO I MINUTI CONTANO

*Per ogni minuto senza soccorsi, cala del 10% la possibilità di sopravvivenza*

La 'morte cardiaca improvvisa' è un evento drammatico e inaspettato che si verifica per improvvisa perdita della funzionalità cardiaca (arresto cardiaco improvviso). Ogni anno questa condizione colpisce 400 mila persone nel solo continente europeo, rappresentando così una delle più importanti cause di decesso in Europa. Molto spesso l'arresto cardiaco, alla base di questa condizione, è dovuto alla fibrillazione ventricolare, un'aritmia rapida, caotica e letale che impedisce al cuore di pompare il sangue. Il paziente avverte una leg-

gera vertigine, poi perde conoscenza e, se non viene rianimato immediatamente, muore nell'arco di pochi minuti. Aspettare l'arrivo del personale di soccorso riduce le possibilità di sopravvivere del 10% per ogni minuto che passa. È per questo che un intervento immediato da parte di persone, non necessariamente 'addette ai lavori', ma adeguatamente formate al soccorso, può fare una grande differenza. Alla luce di queste constatazioni, in Germania si stanno attrezzando. Nell'ambito di un progetto congiunto tra la *European Heart Rhythm*

*Association* (EHRA) e il *Lions Club Intercontinental* (LCI) i cardiologi tedeschi stanno organizzando dei corsi di rianimazione cardio-polmonare di base diretti alla



popolazione, per insegnare le manovre rianimatorie e l'uso dei defibrillatori; sempre nell'ambito di questo progetto, il LCI sta addestrando i



farmacisti all'uso dei defibrillatori, dei quali saranno dotate le farmacie di Berlino. In una seconda fase del progetto, saranno i

farmacisti stessi ad educare amici e familiari dei pazienti ad alto rischio alle manovre di rianimazione cardio-polmonare.

## QUANDO IL CUORE VA IN CORTO-CIRCUITO

*Desmoplachina: un nuovo test genetico per la diagnosi precoce della displasia aritmogena del ventricolo destro*



DOTT. VITO ALTAMURA

Un nome difficile per una malattia rara, ma forse neppure tanto. È la cardiomiopatia (displasia) aritmogena del ventricolo destro (ARVC/D), "una malattia del muscolo cardiaco - spiega il Dott. Vito

Altamura, Dirigente Medico dell'Unità di Elettrostimolazione Cardiaca del S. Filippo Neri - che interessa principalmente il ventricolo destro e, in un paziente su due, viene ereditata con trasmissione auto-

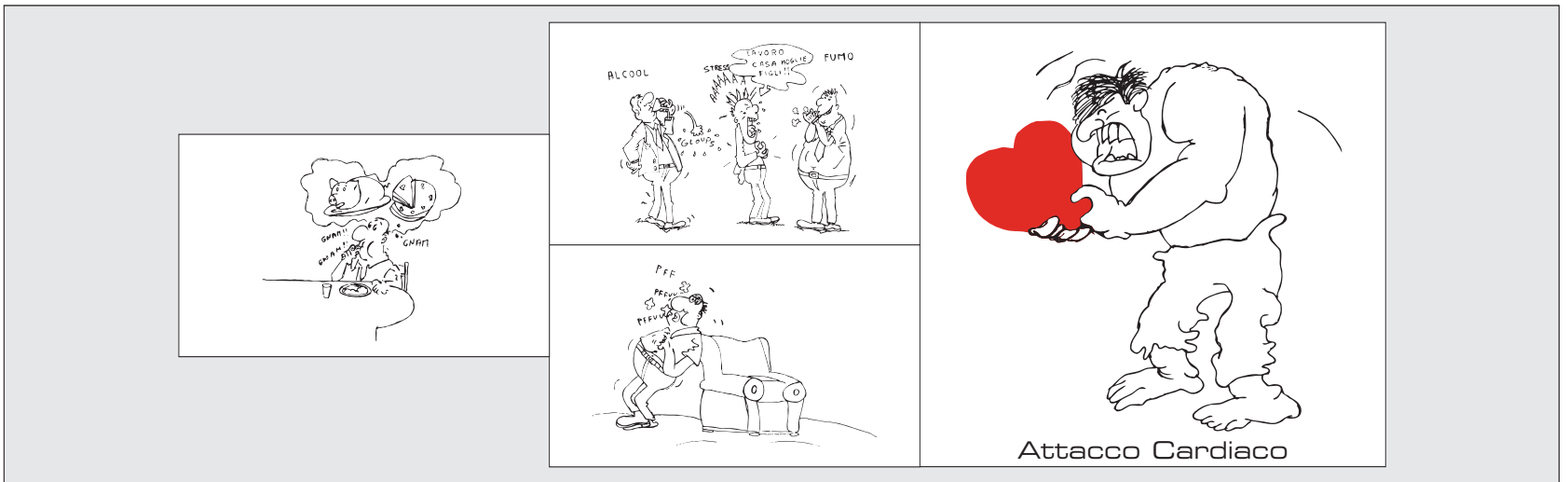
somica dominante a penetranza variabile. Il paziente può non presentare alcun segno della malattia, fino alla comparsa di aritmie ventricolari maligne che nascono nel ventricolo destro ed espongono il paziente ad un elevato rischio di morte improvvisa". In un caso su quattro questa malattia si diagnostica solo al momento dell'autopsia; la morte in genere sorprende questi pazienti durante l'esecuzione di un esercizio fisico, nelle prime decadi di vita. Fino a poco tempo fa per scoprire la malattia si doveva ricorrere ad una serie di esami (ECG, ecocardiogramma, RMN e biopsia miocardi-

ca), che tra l'altro non consentivano di scoprirla in fase precoce, ma solo dopo che il danno cardiaco fosse già consolidato ed evidente. Di recente però l'iter diagnostico si è arricchito di un elemento fondamentale. "Oggi è possibile far diagnosi di ARVC - spiega Altamura - individuando le mutazioni di alcuni geni che codificano per le proteine costitutive delle giunzioni (i cosiddetti 'desmosomi') tra le cellule del miocardio; particolarmente importante tra queste la 'desmoplachina'". È attraverso questi 'bottoni' di connessione tra una cellula e l'altra che passano anche gli impulsi elettrici del cuore. In

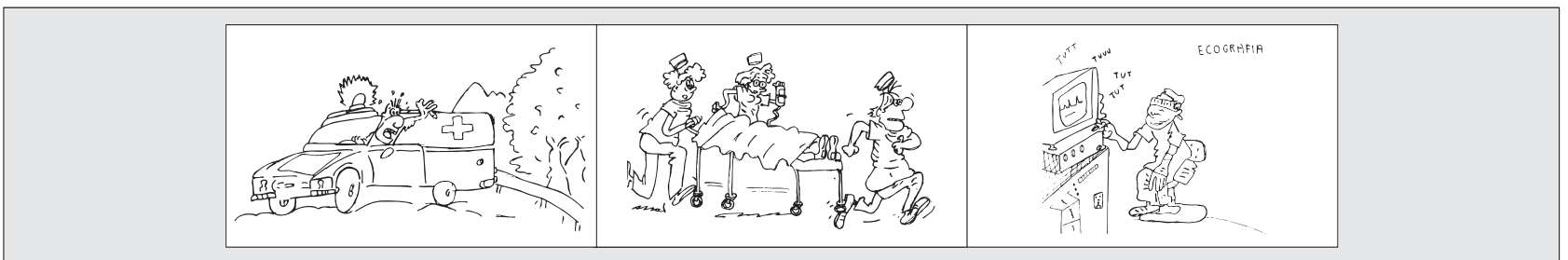
questi pazienti inoltre vaste aree di muscolo cardiaco vengono sostituite da 'chiazze' di grasso, che ostacolano ulteriormente il passaggio dei normali impulsi elettrici del cuore. "L'insieme di questi due elementi - conclude Altamura - (le alterazioni dei desmosomi e la sostituzione fibro-adiposa) rappresentano il substrato ideale per lo sviluppo delle aritmie ventricolari maligne spesso mortali e, tardivamente, per l'insufficienza ventricolare destra. L'unica terapia disponibile al momento per questi pazienti è l'impianto di un defibrillatore automatico".



## Come nuocere al proprio cuore

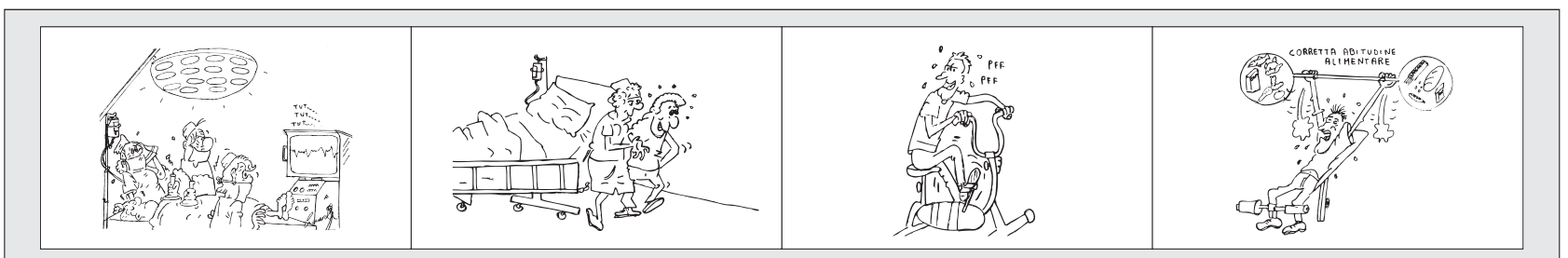


## Emergenza



## Cura e Dimissione

## Riabilitazione



***mantiene il ritmo***

Illustrazioni a cura di Donatella Carnevale

# WWW.ILCUOREDIROMA.ORG



*mantieni il ritmo*

### Il sito dell'associazione **IL CUORE DI ROMA**.

All'interno del sito troviamo molte risposte ai quesiti che ogni giorno ci poniamo sulla nostra salute. Sono infatti molti gli articoli che ci illustrano quali dovrebbero essere le nostre abitudini quotidiane atte a garantirci una vita sana e duratura.

Attività Educazionali



Attività Assistenziali



Attualità in Tema  
di Cardiopatie



Attività Epidemiologiche  
e Preventive



Donazioni



Volontariato



**Queste solo alcune delle sezioni presenti nel sito!**

*"Le malattie cardiache rappresentano la principale causa di morte nei paesi occidentali.*

*Si può pensare che ogni anno si spopoli una città della grandezza di Savona per causa loro.*

*È una vera **PANDEMIA** che si espande inesorabilmente di anno in anno a causa dell'incremento della vita media delle persone, dei flussi migratori, del deterioramento della qualità di vita e dell'alimentazione. Esiste pertanto un'unica possibilità di arginare questa patologia ingravescente: la **PREVENZIONE** delle Malattie Cardiache e delle loro potenziali **COMPLICAZIONI**.*

*Questo è il vero bersaglio che "**IL CUORE DI ROMA**" - ONLUS si è prefisso: informare adeguatamente i cardiopatici ed i potenziali cardiopatici sulle azioni con le quali prevenire le patologie cardiache e le loro principali complicazioni e per coloro che sono già stati colpiti da una malattia di cuore, come ottimizzare la qualità di vita ed evitare ricadute della loro malattia.*

*Iscriviti all'Associazione ed utilizzane la sua organizzazione e le sue attività educative ed assistenziali per migliorare la tua vita."*

Prof. Massimo Santini  
Direttore Dipartimento Cardiovascolare  
Ospedale S. Filippo Neri, Roma

**IL CUORE DI ROMA** è un'Organizzazione non Lucrativa di Utilità Sociale (Onlus), con sede presso la Cardiologia dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma.

Persegue esclusivamente finalità di solidarietà sociale nell'ambito della assistenza socio-sanitaria in patologie cardiovascolari, attivandosi nei campi della prevenzione, della terapia e della riabilitazione e dell'informazione ai pazienti favorendo altresì le iniziative volte al recupero sociale e lavorativo dei cardiopatici.