



IL CUORE DI ROMA

magazine

Organo di informazione trimestrale dell'Associazione
Il Cuore di Roma - Onlus • www.ilcuorediroma.org

mantieni il ritmo

Anno I - N. 2 - Ottobre-Dicembre 2009

GRAZIE DI... CUORE

dal Presidente

**Caro Amico, Cara Amica,
vi racconto una storia...**

"Mi hanno detto che mi sono rimasti 6 mesi di vita eppure sto bene, non ho disturbi e gioco a tennis senza problemi. Che mi dice professore? È vero?"

Così iniziò circa 5 anni fa il mio rapporto professionale con questo paziente, un uomo di 50 anni, commerciante, che aveva sempre goduto di buona salute fino al momento in cui un medico dello sport aveva identificato delle extrasistoli totalmente asintomatiche.

"Ecco il solito medico pessimista", pensai, "che terrorizza i pazienti inutilmente". In realtà il paziente era affetto da una grave miocardiopatia dilatativa, ancora in fase asintomatica, con una notevole riduzione della forza contrattile del cuore (frazione di eiezione del 25%). Questo tipo di patologia strutturale del cuore può portare allo scompenso cardiaco con comparsa di dispnea intensa anche per sforzi brevi ed accumulo di liquidi nelle gambe (edemi) e nei polmoni. Altre volte possono comparire delle tachicardie, cioè dei battiti cardiaci molto veloci, fortemente irregolari che possono compromettere l'azione di pompa del cuore ed interrompere il flusso circolatorio con conseguente morte improvvisa del paziente.

Il mio paziente non aveva mai preso medicine per il cuore e pertanto reagì magnificamente al trattamento farmacologico che io instaurai fin dalla prima visita. Il cuore si ridusse significativamente di volume e si contrasse con maggiore energia. La sua frazione di eiezione aumentò significativamente.

"Allora sono guarito, professore? Non corro più alcun rischio?". Spiegai al paziente

che, nonostante il notevole miglioramento, continuava a correre un rischio, se pure molto basso, di avere un'aritmia ventricolare minacciosa per la sua vita.

"Ho due bambini piccoli e non posso correre neanche il 5% di rischio. Qual è la soluzione?"

Gli spiegai che la soluzione terapeutica era semplice, facilmente eseguibile e molto efficiente: l'impianto di un defibrillatore automatico, di uno speciale pacemaker in grado di osservare continuamente l'attività elettrica del cuore ed intervenire, in caso di bisogno, salvando la vita al paziente. "È come avere il cardiologo con sé tutto il giorno, anche se potrebbe non averne mai bisogno".

Il paziente accettò l'impianto del defibrillatore che avvenne senza alcuna complicazione. Ci siamo poi visti regolarmente tre - quattro volte l'anno per i controlli clinici ed elettronici constatando continuamente uno stato di grande benessere. "Forse è stato un intervento inutile, avremmo potuto farne a meno" commentavamo insieme durante un controllo clinico nel mio studio all'inizio del quinto anno. Non era vero.

A distanza di circa 10 giorni da quest'ultimo incontro, ricevo una telefonata dal mio paziente *"Stavo giocando con uno dei miei figli quando ho perso conoscenza; il defibrillatore è intervenuto e mi ha riportato in vita. Se ora sono al telefono e se posso continuare a godermi la mia famiglia è solo grazie al suo consiglio e alla decisione che presi cinque anni fa. Grazie di cuore professore da parte mia e di tutta la mia famiglia"*.

È una storia, questa che ho qui voluto raccontare, a cui sono molto legato sia professional-

mente che umanamente. Da un lato infatti una scelta terapeutica difficile, per qualcuno forse anche eccessiva, si è rivelata a lungo termine più che giustificata, sottolineando ancora una volta come la medicina non sia tutta nero o bianco ma abbia una grande quantità di tonalità, tutte diverse l'una dall'altra, che sono i nostri pazienti con la loro cultura, tradizione, condizione sociale e familiare.

Ogni volta che riusciamo a pensare al nostro paziente come unità singola e non come un numero in una statistica arida, ci avviciniamo sempre di più alla vera essenza del rapporto medico-paziente. È questo il secondo lato di questa vicenda che mi intriga particolarmente e cioè l'essere riuscito a condividere fin dall'inizio, con il malato, non solo le mie conoscenze scientifiche ma anche i miei dubbi, le mie incertezze terapeutiche. È stata una scelta veramente condivisa che ha calato la realtà scientifica all'interno di un nucleo familiare, che ha inserito il medico, come un membro aggiunto all'interno della casa, quasi come "un grande fratello".

Se volessimo trarre degli insegnamenti da questa storia forse potrebbero essere i seguenti:

1. Le conoscenze scientifiche in ambito medico sono limitate e spesso non assicurano certezza, ma solo possibilità.

2. Le decisioni terapeutiche dovrebbero essere il più possibile condivise tra medico e paziente al fine di arrivare ad un percorso concordato.

3. Le situazioni cliniche possono a volte essere simili ma le realtà umane, sociali e familiari profondamente diverse l'una dall'altra.

4. Il vero attore nel processo diagnostico e terapeutico è il binomio medico-paziente. Quest'ultimo debitamente informato dal medico non deve abrogare al suo diritto-dovere di decidere cosa fare della propria vita.

Non delegare la tutela della tua salute !!!

"Mantieni il Ritmo"

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



PROF. MASSIMO SANTINI



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

Mantieni il ritmo!

Maria Grazia Cucinotta

QUANDO IL CERVELLO VA IN BLACK OUT

Dietro un 'banale' svenimento si può nascondere un problema cardiaco.

Che oggi si può ricercare registrando l'attività del cuore. Da ventiquattro ore a tre mesi consecutivi



PROF. FABRIZIO AMMIRATI

Per sincope o "svenimento" si intende una perdita temporanea della coscienza, a risoluzione spontanea e in genere rapida (al massimo pochi minuti), che si associa a caduta a terra, dovuta a una riduzione transitoria e globale

al pronto soccorso e dell'1-2 per cento di tutti i ricoveri ospedalieri. Quando un soggetto sviene è fondamentale stabilire se la sincope è uno svenimento comune (**sincope vaso-vagale**) o se è dovuta a cause cardiache. La maggior

l'organismo risponde con un calo della frequenza cardiaca e/o della pressione arteriosa, che determinano una riduzione di afflusso di sangue e di apporto di ossigeno al cervello che va in sofferenza bloccando temporaneamente le sue funzioni ed in particolare lo "stato di coscienza" a cui è preposto. In genere il soggetto avverte un malessere (nausea, capogiro, sudorazione fredda), impallidisce e cade per terra privo di coscienza (vedi fig. 1). Tale condizione, che si manifesta in maniera apparentemente drammatica soprattutto per chi assiste all'episodio, si risolve spontaneamente se il soggetto viene lasciato a terra. Infatti con questa posizione il sangue affluisce spontaneamente al cervello che si

sé una malattia, bensì un meccanismo fisiologico di difesa dell'organismo a situazioni di disagio fisiche e psicologiche. Per identificare questo tipo di sincope il soggetto può essere sottoposto a **tilt test** (vedi fig. 2) che può riprodurre, sotto controllo medico, il disturbo registrando attività cardiaca e pressione. Nella maggioranza dei casi la terapia delle sincope vaso-vagale si basa essenzialmente sulla rassicurazione del paziente e dei familiari e su misure comportamentali da mettere in atto durante la vita di ogni giorno. In alcuni casi, invece, la sincope avviene all'improvviso, a riposo, senza cause apparenti, talvolta preceduta da palpitazioni, o durante sforzo. In questi casi

di registratore applicato al paziente (**Holter cardiaco** vedi fig. 3); ma può durare fino a 36 mesi se il paziente viene sottoposto all'impianto sottocutaneo di un apparecchietto (**loop recorder**) in grado di registrare automaticamente eventuali alterazioni del ritmo cardiaco (vedi fig. 4-5). La sincope da cause cardiache ha un rilevante valore clinico che, in funzione dell'aritmia rilevata, richiede o una terapia farmacologica o l'impianto di un pacemaker/defibrillatore. Una volta chiarita la causa della sincope e dopo trattamento adeguato, il paziente può tornare alla vita di sempre. Nella maggioranza dei casi non è necessaria alcuna limitazione delle abituali attività lavorative e di relazione, indipendentemente dalle misure terapeutiche adottate.

Prof. Fabrizio Ammirati
Direttore UOC Cardiologia
Ospedale G.B. Grassi, Ostia (RM)



FIGURA 1 Sincope

del flusso di sangue al cervello. La sincope, è un sintomo molto frequente che può colpire soggetti giovani e anziani, sani e malati ed è la causa dell'1-2 per cento delle visite

parte delle sincope può essere riconducibile allo svenimento comune, innescato da un'emozione o da un disagio fisico (dolore, disidratazione, caldo intenso, ecc.) a cui



FIGURA 3 Registrazione esterna ECG prolungata



FIGURA 4 Registratore impiantabile (loop recorder)



FIGURA 5 Impianto del loop recorder

riattiva e ripristina la coscienza. Questa forma di sincope definita "vasovagale" è benigna e non rappresenta di per

bisogna sospettare che la sincope sia dovuta a malattie cardiache e/o ad alterazioni del ritmo cardiaco. Gli accertamenti principali devono comprendere un ecocardiogramma (per valutare eventuali alterazioni strutturali del cuore) o il monitoraggio del ritmo cardiaco (con l'obiettivo di registrare un'aritmia). Il monitoraggio del ritmo cardiaco può durare da 24 ore a 15 giorni, a seconda del tipo

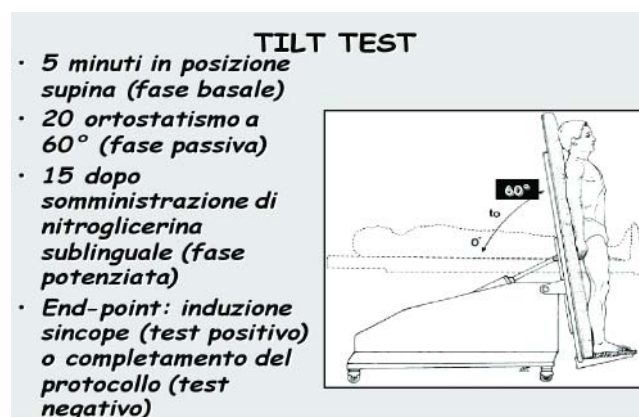


FIGURA 2 Modalità di esecuzione del tilt test

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

COME È CAMBIATO L'INFARTO

Dalla creazione delle Unità di Terapia Intensiva Coronarica, all'era della trombolisi, fino alla rivoluzione dell'angioplastica primaria. I progressi degli ultimi 40 anni contro l'infarto



PROF. MARCO TUBARO

L'infarto miocardico è una delle patologie più frequenti e al tempo stesso più gravi nell'ambito della medicina cardiovascolare. Per anni è stato gravato da una mortalità molto elevata e da una degenza ospedaliera molto prolungata, che i progressi della cardiologia sono riusciti a ridurre in modo significativo.

Il primo passaggio chiave nella cura dell'infarto è stato la costituzione delle prime **Unità di Terapia Intensiva Coronarica (UTIC)** negli ospedali italiani, nel 1967, che sono ormai arrivate ad essere più di 400 e che costi-

tuiscono una rete di cura capillare e di elevata qualità per i pazienti colpiti da infarto. Le UTIC hanno consentito la gestione delle temibili complicanze aritmiche dell'infarto, compreso l'arresto cardiaco da fibrillazione ventricolare, grazie al monitoraggio elettrocardiografico continuo e all'impiego del defibrillatore esterno.

Nel 1980, per la prima volta veniva dimostrata la causa scatenante dell'infarto, **la trombosi coronarica**. L'interazione sfavorevole tra la malattia aterosclerotica cronica e la stimolazione patologica della coagulazione all'interno delle coronarie (le piccole arterie che portano il sangue al cuore) può provocare il formarsi improvviso e rapido di un trombo (un accumulo di piastrine, globuli rossi e fibrina) che, come un tappo, occlude la coronaria e impedisce al sangue di raggiungere zone più o meno ampie di

muscolo cardiaco (il miocardio). Se questo arresto (o forte diminuzione) del flusso di sangue si protrae relativamente a lungo (a partire da 20-30 minuti), le aree di miocardio prive di sangue possono andare incontro a morte cellulare (necrosi).

Per evitare questo, la ricerca farmacologica è riuscita, nella prima metà degli anni '80, a sviluppare una classe di farmaci che, iniettati in una vena periferica, erano in grado di dissolvere il trombo nella coronaria: **i farmaci fibrinolitici**.

Proprio la ricerca cardiologica negli ospedali italiani, attraverso la rete delle UTIC, ha realizzato lo studio **GISSI** che, per primo al mondo, dimostrava l'efficacia della terapia fibrinolitica nella cura dell'infarto.

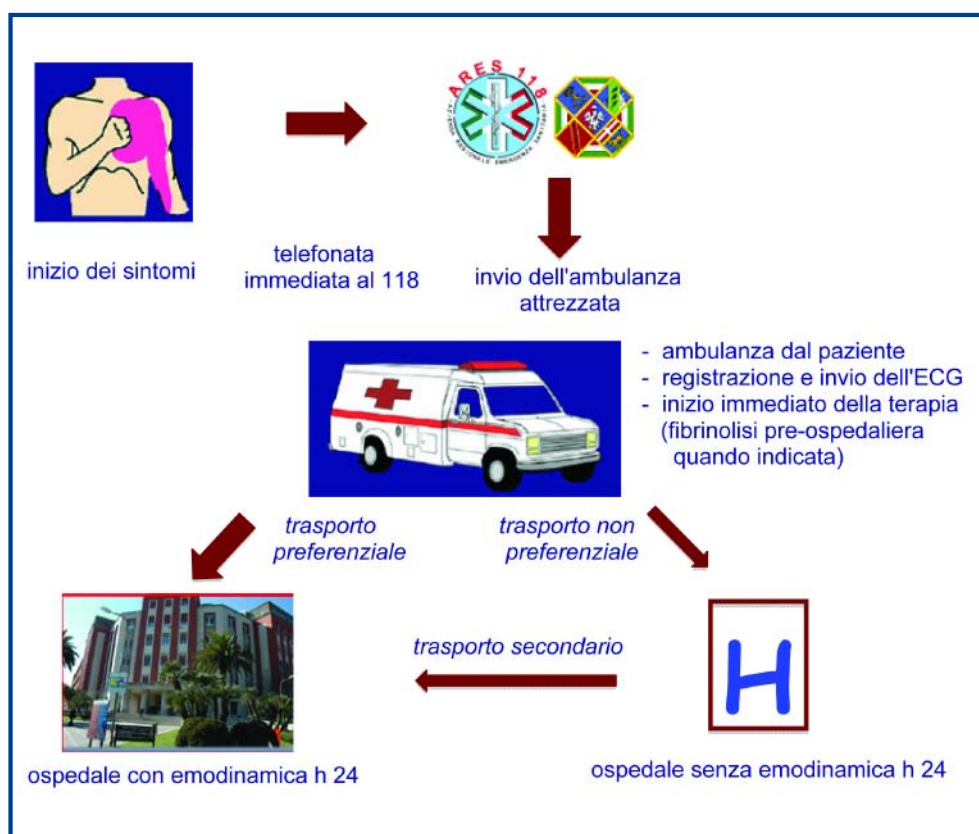
Più recentemente, una nuova strategia terapeutica si è affacciata prepotentemente alla ribalta, dimostrando risultati migliori della terapia fibrinoli-

tica: **l'angioplastica primaria**. Questa è una tecnica invasiva che, attraverso l'inserimento di un sottile catetere attraverso un'arteria periferica (all'inguine o al polso), riesce a penetrare nella coronaria ostruita, a dilatare il restringimento attraverso il gonfiaggio di un palloncino e a rilasciare, nel punto esatto dove c'era l'ostruzione, un piccolo cilindro di maglia metallica, lo **stent**, che provvederà a mantenere aperta a lungo nel tempo la coronaria precedentemente sede dell'ostruzione. L'utilizzo preferenziale dell'angioplastica primaria nella terapia dell'infarto ha reso necessario instaurare in molti comuni, province e regioni italiane le **"reti per l'infarto"**: una complessa organizzazione che vede ospedali di diverso livello tecnologico collaborare tra loro e con i servizi di emergenza (il 118) per la migliore cura dei pazienti con infarto: ogni qualvolta sia possibile, i

pazienti colpiti da infarto devono essere avviati a un centro cardiologico di livello avanzato, dotato di emodinamica sempre funzionante (come si usa dire "h 24") per essere sottoposto ad angioplastica primaria; qualora invece il paziente si ricoveri in un ospedale più periferico, è molto utile che sia trattato, quando possibile, con terapia fibrinolitica e poi avviato verso l'ospedale più attrezzato per una procedura interventistica. L'instaurazione capillare delle reti per l'infarto, lo sviluppo di un sistema di emergenza ben funzionante e l'integrazione tra la terapia fibrinolitica e l'angioplastica primaria sono i punti chiave per un trattamento efficace di questa malattia così grave ma anche così frequente, l'infarto miocardico.



Prof. Marco Tubaro
Responsabile UOS
Unità di Terapia Intensiva Coronarica
Ospedale S. Filippo Neri, Roma



IN BREVE

■ Un buon bicchiere di vino è buono e salutare. Una sbronza mai. Per tanti ovvi motivi, ma anche perché aumenta il rischio di fibrillazione atriale. Rischio presente anche nei forti bevitori abituali (quelli che superano i 28-35 drink a settimana). E questo è particolarmente vero in chi soffre di ipertensione arteriosa ed è portatore di ipertrofia ventricolare sinistra dimostrata all'elettrocardiogramma. Per mantenersi su livelli di sicurezza gli esperti consigliano di non superare i 10 drink a settimana.

■ Lo studio Attica (condotto in Grecia su oltre 3 mila persone che sono state seguite per 5 anni) suggerisce che la circonferenza del punto vita è l'elemento che meglio predice il rischio di sviluppare ipertensione arteriosa, a prescindere dall'età, dal sesso, dall'abitudine al fumo, dalla dieta, dall'attività fisica, dalla glicemia, dai livelli basali di pressione arteriosa e dalla presenza o meno di marcatori dell'infiammazione.



QUANDO IL CUORE SI DILATA

Malattie delle coronarie e ipertensione possono 'sfiancare' il cuore e provocare lo scompenso. Una stretta collaborazione tra medico di famiglia e centro ospedaliero per lo Scompenso aiutano il paziente a destreggiarsi tra gli alti e bassi della malattia



DOTT.SSA NADIA ASPROMONTE

Sono molte le malattie cardiovascolari che possono provocare una dilatazione delle camere del cuore e molte le persone che si ritrovano con un cuore 'dilatato'. Tra le cause più frequenti, le **malattie delle coronarie** (in particolare l'infarto) e l'**ipertensione arteriosa**. Cause meno frequenti sono le cardiomiopatie (spesso ereditarie), le malattie delle valvole cardiache e le cardiopatie congenite. Altre condizioni possono interessare secondariamente il cuore; è il caso ad esempio di alcune terapie effettuate per i tumori (la radioterapia e alcune chemioterapie), le malattie della tiroide, l'abuso di alcool e droghe, l'infezione da HIV/AIDS. In una prima fase, il cuore adatta

la sua anatomia per compensare la perdita di efficienza circolatoria: lentamente le camere cardiache aumentano il loro volume e le pareti muscolari si assottigliano, per effetto dello stiramento prodotto dalla maggiore quantità di sangue contenuto nel cuore. Se la causa del danno agisce lentamente, i sintomi di scompenso cardiaco si manifestano solo dopo alcuni anni dall'inizio della malattia. In altri casi la presentazione può essere improvvisa ma è sempre preceduta da sintomi spesso sottovalutati.

Ma le persone con un cuore dilatato come fanno a capire se i loro sintomi sono dovuti allo scompenso cardiaco?

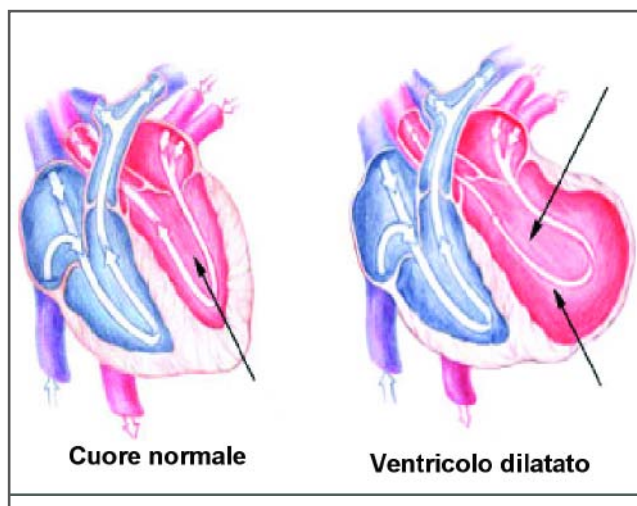
Le forme lievi non sono facili da individuare. Si può avvertire un senso di fatica e di affanno per sforzi che in precedenza erano normalmente tollerati (ad esempio salire le scale, portare le borse della spesa). Il respiro può essere affannoso, possono comparire tosse e gonfiore alle caviglie, il ritmo del cuore è veloce e spesso irregolare. La ridotta quantità di sangue fornita agli organi può causare altri sinto-

mi come la stanchezza, sudore freddo, senso di confusione mentale.

La **diagnosi di scompenso cardiaco** viene effettuata dal medico curante che valuterà la sintomatologia e richiederà un **ecocardiogramma** per valutare le dimensioni del cuore, lo spessore delle pareti, la funzione delle valvole, la

ormai disponibili in tutti i laboratori, i quali aumentano nel sangue quando il cuore è sottoposto ad uno stress funzionale e sono quindi utili, assieme agli altri esami ed alla visita medica, per confermare o escludere la diagnosi di scompenso cardiaco e per seguire nel tempo l'evoluzione della malattia.

peggioramento. Per fermare l'evoluzione della malattia e mantenere il più possibile la fase di stabilità è importante, oltre ad una diagnosi precoce e ad un miglioramento dello stile di vita, una corretta impostazione della terapia combinata con l'eventuale impianto di dispositivi che aiutano il cuore (**pacemaker e defibrillatori impiantabili**). Alla base del complesso programma di cura è indispensabile una stretta collaborazione tra il medico di famiglia e il Centro Scompenso Ospedaliero di riferimento. L'Ospedale San Filippo Neri di Roma è un centro di alta specializzazione per la cura dello scompenso cardiaco avanzato e per l'assistenza del paziente in tutte le fasi della malattia, dal momento del ricovero, al monitoraggio domiciliare.



funzione di pompa. Un moderno approccio si basa anche sul dosaggio dei peptidi natriuretici (il **BNP** o un suo frammento chiamato NT-proBNP),

Bisogna sempre ricordare che lo scompenso cardiaco è una malattia cronica e progressiva, caratterizzata dall'alternanza di fasi di miglioramento e di

Dott.ssa Nadia Aspromonte
Responsabile Unità
per lo Scompenso Cardiaco
Ospedale S. Filippo Neri, Roma



IL CARDIOLOGO PRESCRIVERÀ I VIDEOGAMES?

Uno studio giapponese dimostra che alcuni videogames fanno consumare calorie. Meglio della cyclette

I video games amici del cuore? Sembra un'eresia visto che non si fa che predicare contro la sedentarietà da computer e da console televisiva. Ma forse presto anche il cardiologo potrebbe trovarsi a prescrivere una 'sana' ora di video-game al giorno. Una regola per ora applicabile solo ad alcuni programmi della Wii sports™ e della Wii fit™, che sono stati addirittura oggetto di una comunicazione scientifica ad un congresso internazionale. Uno studio - che va subito detto,

è stato sponsorizzato dalla Nintendo - ha dimostrato infatti che circa un terzo delle attività fisiche e sportive virtuali di questi video-giochi comporta un dispendio energetico di 3.0 METs (una misura di spesa energetica) o oltre, equivalenti cioè ad un esercizio fisico di intensità moderata. Un gruppo di ricercatori giapponesi si è preso la briga di misurare la spesa energetica comportata dai video-games 'attivi'. Per farlo hanno utilizzato una camera metabolica all'inter-

no della quale hanno chiesto a 12 volontari di entrambi i sessi, tra i 25 e i 44 anni, di giocare ad una serie di video-games. Così è stato possibile scoprire che nove giochi di questa serie facevano consumare meno di 2 METs, altri ventitre fanno consumare 2-3 METs, per altri nove il consumo arriva a 3-4 METs e infine le cinque attività più 'estreme', di METs ne fanno consumare oltre 4. "Il range di spesa energetica comportato da questi video-games attivi - ha commentato

Motohiko Miyachi autore dello studio e responsabile del Progetto per l'attività fisica nella promozione della salute e del Programma di attività fisica dell'Istituto Nazionale di Sanità e Nutrizione di Tokyo (Giappone) - è sufficiente per prevenire o migliorare le patologie correlate all'obesità e allo stile di vita, dalle malattie di cuore, al diabete, alle malattie metaboliche". Il maggior consumo energetico è stato registrato con il videogame 'Boxe' (4,5 METs), bene anche

baseball e tennis (3,0 METs); per il bowling il consumo è 2,6 METs e per il golf di 2,0 METs. Secondo le linee guida sull'esercizio fisico stilate dall'American Heart Association, per mantenersi in buona salute è bene praticare un'attività aerobica di intensità moderata (da 3 a 6 METs) per un minimo di 150 minuti (2 ore e mezza) a settimana.

M.R.M.

UN ANGELO CUSTODE NEL PETTO

Il defibrillatore automatico impiantabile (DAI) veglia sulla salute del cuore notte e giorno. E interviene (da solo) in caso di problemi. No al volante nei primi 3-6 mesi dall'impianto.

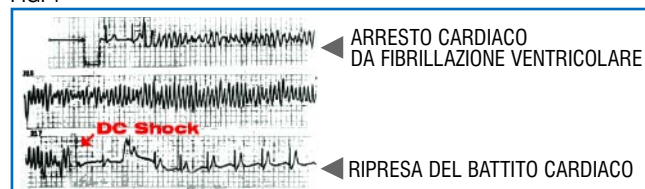


DOTT. CARLO LAVALLE

Sono oltre 450 mila le persone in Europa colpite ogni anno da **morte improvvisa**. Si definisce così la morte inattesa, quella che arriva a ciel sereno, senza preavviso e che è dovuta ad un arresto circolatorio (causato in genere da un'aritmia), che si verifica entro un'ora dai primi sintomi. A causare l'aritmia fatale può essere un infarto o una sindrome genetica (come la Brugada, il QT lungo, la displasia aritmogena); in quest'ultimo caso la vittima può essere un giovane, raggiunto dalla morte improvvisa, magari durante il sonno o nel corso di un'attività sportiva. Queste aritmie (la tachicardia e la fibrillazione ventricolare) risultano fatali perché il cuore si ferma (arresto cardiocircolatorio) oppure batte troppo veloce; in entrambi i casi non pompa più il sangue

agli organi vitali, soprattutto al cervello, che smettono di funzionare; nel giro di pochi minuti sopraggiunge la morte. Le aritmie ventricolari possono essere interrotte con la **defibrillazione elettrica** cioè con l'applicazione di una corrente elettrica (shock) sul torace o direttamente nel cuore; questo ristabilisce la normale attività elettrica del cuore, interrompendo le aritmie sopradescritte e 'resuscitando' il paziente dalla morte improvvisa (fig. 1). Questo shock può essere erogato attraverso un

FIG. 1

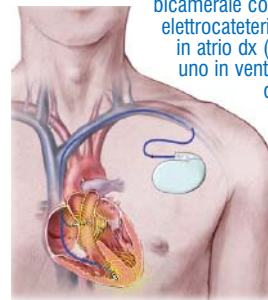


defibrillatore esterno (come vediamo in numerose serie televisive) o attraverso un apparecchio impiantabile (quindi "interno"), simile ad un pacemaker, anche se un po' più grande: il **defibrillatore automatico impiantabile (DAI)**. Un DAI è costituito da due parti: la cassa, che si posiziona in regione sottoclaveare sinistra, ed il sistema degli elettrocateri che raggiun-

gono il cuore (fig. 2). La cassa contiene una batteria che alimenta i circuiti ed accumula l'energia che verrà utilizzata per erogare l'eventuale shock elettrico necessario per interrompere l'aritmia maligna. La cassa contiene anche un piccolo computer (microprocessore), il "cervello" del sistema, attraverso il quale il defibrillatore è in grado *automaticamente* di riconoscere e trattare alterazioni del ritmo cardiaco. Tutti i defibrillatori impiantabili sono anche pace-maker e quindi sono in grado di assicurare un regola-

re battito cardiaco attraverso la stimolazione elettrica del cuore qualora fosse necessario. Il DAI controlla continuamente i segnali elettrici del cuore e riconosce eventuali anomalie del ritmo. Se compaiono una fibrillazione ventricolare o la tachicardia ventricolare veloce, il DAI interviene automaticamente, erogando uno shock elettrico. In caso di aritmie ventricolari "lente" cioè

non tanto veloci da essere immediatamente pericolose per il paziente o da provocare una perdita di coscienza, il DAI tenta l'interruzione mediante la stimolazione a più alta frequenza (**pacino anti-tachicardico ATP**). L'ATP non è doloroso quanto lo shock elettrico e generalmente non è avvertito dal paziente. Se quest'ultimo dovesse fallire nell'interruzione dell'aritmia, il DAI eroga uno shock assicurandosi l'interruzione dell'aritmia ventricolare. Il DAI può intervenire anche nei casi in cui la frequenza cardiaca rallenta troppo con una stimolazione che permette di mantenere la frequenza cardiaca a valori adeguati; quest'ultima funzione è del tutto uguale a quella di un normale pace-maker. L'impianto del DAI in una tasca cutanea sotto la clavicola



viene effettuato in anestesia locale; gli elettrocateri vengono invece posizionati nelle camere cardiache (atrio e ventricolo destro), facendoli passare attraverso una vena (fig. 2). Normalmente il paziente viene dimesso uno o due giorni dopo l'impianto. Il paziente può tornare gradualmente alle abituali attività con alcune restrizioni; pochi secondi di incoscienza (per un'aritmia ventricolare), o lo spavento ed il dolore provocato da una cardioversione, durante attività come la guida potrebbero essere pericolosi per se stessi e per gli altri. Per questo motivo **nei primi 3-6 mesi dopo l'impianto è bene evitare di guidare**. Sarà, comunque, il medico a discutere con il paziente ogni eventuale restrizione.

Dott. Carlo Lavallo
Dirigente Medico UOC Cardiologia
Ospedale San Filippo Neri, Roma

FIBRILLAZIONE ATRIALE. QUANDO I FARMACI NON BASTANO

BISTURI ANTIARITMICO

Nuove tecniche chirurgiche stanno affiancando le terapie mediche nei casi 'resistenti' di fibrillazione atriale, un'aritmia molto diffusa soprattutto tra gli anziani, che a sua volta è causa frequente di ictus e infarti

La **fibrillazione atriale (FA)** è l'aritmia più frequente nella popolazione mondiale, colpisce circa 6 milioni di persone nei soli Stati Uniti d'America. La FA consiste nella perdita di attività ritmica degli atri; questi sviluppano un ritmo caotico ed il loro impulso elettrico si trasmette ai ventricoli sottostanti in maniera incostante; ciò che ne consegue è un ritmo cardiaco irregolare. Il paziente descrive spesso la FA come una sensazione di palpitazioni e di "sfarfallio" al torace; l'aritmia tuttavia può anche essere asintomatica. In rari casi può manifestarsi con perdita di coscienza oppure con un senso di fatica e l'affanno. La FA può provocare la formazione di **trombi** all'interno del cuore, che possono embolizzare raggiungendo e danneggiando gli organi quali il cervello (nel quale possono provocare l'ictus), il cuore (dove possono essere causa di infarto). Spesso nei pazienti colpiti da ictus viene riscontrata una FA. Non sempre la fibrillazione atriale è

ricostituibile ad una causa specifica; talvolta è dovuta ad un aumento delle dimensioni dell'atrio sinistro, oppure ad un disturbo della tiroide o ancora ad un'ernia iatale; altre volte anomalie specifiche del tessuto di conduzione del cuore permettono agli impulsi elettrici atriali di distribuirsi e generarsi in maniera caotica. Rimane il fatto che **in oltre il 90 per cento dei casi di fibrillazione atriale non è possibile individuare una causa specifica**.

La diagnosi di FA non è difficile, alla presentazione dei sintomi (palpitazioni) è sufficiente effettuare un semplice ECG. Nei casi in cui la FA "va e viene" è necessario invece eseguire un elettrocardiogramma delle 24 ore (ECG Holter). Talvolta la FA viene riscontrata occasionalmente nel corso di altri esami. L'obiettivo della cura della FA è il ripristino del ritmo sinusale regolare, attraverso la terapia farmacologica. Se non è sufficiente, si può tentare un



PROF. VINCENZO LOIACONI

approccio più aggressivo attraverso la **cardioversione elettrica (CVE)**; previa sedazione, al paziente viene erogata una scarica elettrica a livello del torace. Se anche ciò non dovesse essere sufficiente a ripristinare un normale ritmo sinusale, viene proposto al paziente di sottoporsi al **'mappaggio' dell'attività elettrica del cuore**; attraverso questa metodica di diagnosi si possono individuare

le vie anomale responsabili di questa aritmia e procedere dunque alla loro "bruciatura", mediante la cosiddetta **ablazione trans-catetere**.

Tutte queste metodiche hanno risultati soddisfacenti (nel 60-70 per cento dei casi si ripristina il ritmo sinusale), ma non ancora ottimali. Una nuova metodica in aiuto alle precedenti consiste nel trattamento chirurgico mini-invasivo della fibrillazione atriale. Il **trattamento chirurgico della FA** prevede l'intervento del Cardiocirurgo e determina una percentuale più alta di successi. L'intervento prevede un **approccio mini-invasivo con telecamera** attraverso due piccoli tagli che vengono praticati al di sotto delle ascelle per introdurre gli strumenti da far arrivare al cuore per eseguire l'**ablazione** (bruciature) con radiofrequenza bipolare ed eventualmente di chiudere l'auricola dell'atrio sinistro, sede frequente di formazione dei trombi. L'intervento viene eseguito in anestesia

generale ed il risveglio viene effettuato direttamente in camera operatoria al termine dell'intervento. È prevista una degenza in terapia intensiva cardiocirurgica per 12-24 ore; la dimissione è in genere possibile a distanza di 3-4 giorni dall'intervento. Il ritmo regolare, con questa tecnica viene ripristinato in circa l'80% dei casi.

Dopo la chirurgia il paziente viene avviato al programma di **telemedicina** di 4 mesi, periodo durante il quale il suo cuore viene osservato e controllato quotidianamente dal Centro per lo studio della FA. Il paziente che alla dimissione presenta un ritmo normale dovrà assumere per 6-8 mesi una terapia antiaritmica che verrà poi sospesa, mentre già dal momento del ripristino e mantenimento del normale ritmo cardiaco non dovrà più assumere anticoagulanti orali.

Professor Vincenzo Loiaconi
Direttore U.O.S.D. Chirurgie delle Aritmie
A.C.O. S. FILIPPO NERI

STENOSI AORTICA: L'ETÀ NON È PIU' UN PROBLEMA

La sostituzione della valvola aortica per via percutanea oggi rende possibile questo intervento anche nelle persone un tempo considerate troppo a rischio



PROF. GIULIO SPECIALE

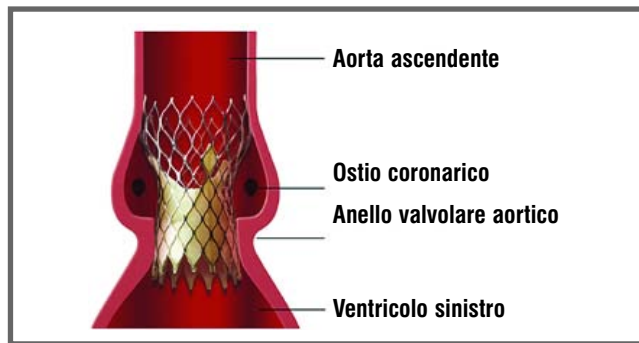
La valvola aortica mette in comunicazione il ventricolo sinistro con l'aorta. Quando il cuore si contrae si apre, permettendo il passaggio di sangue ossigenato dal ventricolo sinistro all'aorta, e si chiude quando lo stesso ventricolo si rilassa, impedendo al sangue di rientrare nuovamente nel ventricolo. **La stenosi o restringimento della valvola aortica** costituisce attualmente la più frequente patologia valvolare nei paesi industrializzati e la sua prevalenza è in continua crescita soprattutto a causa dell'incremento della vita media; è infatti determinata da una degenerazione fibrocalcifica dei componenti della valvola stessa, che ne riducono la superficie di apertura. Tale restringimen-

to ostacola il passaggio del sangue, creando una situazione di scompenso, sempre più grave. Si stima che circa **il 3 per cento delle persone al di sopra dei 75 anni** presenta una stenosi aortica di grado severo. Questi soggetti, se non sottoposti a correzione chirurgica di questa condizione, presentano un peggioramento graduale dei sintomi (affanno, angina pectoris, sincope) fino ad uno stato di progressiva disabilità con una mortalità a 2 e 5 anni, rispettivamente del 50 e del 75 per cento. Attualmente la sostituzione valvolare aortica attraverso **un intervento chirurgico a torace aperto**, costituisce il trattamento di scelta per questa patologia. L'intervento comporta un rischio del 2-7 per cento. Molti pazienti, in età avanzata o con patologie associate (insufficienza renale cronica, bronco-pneumopatia cronica ostruttiva severa, scompenso cardiocircolatorio) vengono considerati a rischio chirurgico troppo elevato (rischio operatorio stimato superiore al 15%) e pertanto non vengono operati. Da dati recenti risulta che circa un paziente anziano su tre con stenosi aor-

tica severa non viene sottoposto ad intervento chirurgico e rientra quindi in quel gruppo di pazienti ad elevata mortalità già a due e a cinque anni.

La necessità di terapie alternative per il trattamento di tali pazienti ha portato inizialmente all'impiego di palloni che, gonfiati a livello della valvola, allargavano l'apertura della

L'intervento viene effettuato attraverso la puntura dell'arteria femorale, dove viene posizionata una cannula, chiamata introduttore. Attraverso l'introduttore viene fatto passare un filo metallico (guida) che viene spinto fino alla valvola aortica e attraverso di essa si posiziona nella cavità del ventricolo sinistro. Tale guida



VALVOLA ARTIFICIALE

valvola stessa (**valvuloplastica con pallone**), ma i risultati non erano buoni, in quanto dopo pochi mesi, la valvola si restringeva nuovamente. Attualmente l'evoluzione tecnica ha portato alla realizzazione di **protesi valvolari aortiche** che possono essere impiantate per via percutanea, senza l'apertura del torace.

serve da binario per portare un catetere (tubicino cavo) sulla valvola ed attraverso quest'ultimo un pallone, come nella valvuloplastica sopraccitata. Tale pallone viene gonfiato sulla valvola calcifica e ristretta, schiacciandola nella parete dell'aorta. Dopo aver ritirato il pallone sgonfiato, viene posizionata ed impiantata la protesi

aortica a livello della vecchia valvola nativa. Le più diffuse sono la Corevalve (autoespandibile) e la Edwards (espansa con pallone). Sono delle valvole in struttura metallica, con le cuspidi (foglietti mobili che determinano l'apertura e la chiusura della valvola) in pericardio di derivazione animale. Dopo l'intervento, **tali protesi non necessitano di terapia anticoagulante cronica** come le valvole meccaniche impiantate chirurgicamente. **La percentuale di successo** di impianto di tali valvole è attualmente **superiore al 90** per cento ed i risultati in relazione alla durata nel tempo delle stesse sono assolutamente confortanti, anche se non si possiedono ancora dati a lungo termine. Per estendere tali impianti a pazienti con rischio chirurgico minore bisognerà attendere i risultati a lungo termine, anche se la continua evoluzione tecnica delle protesi e l'esperienza sempre maggiore degli operatori rende molto probabile tale evenienza nel prossimo futuro.

*Prof. Giulio Speciale
Direttore UOC Emodinamica
Ospedale S. Filippo Neri, Roma*

FERRO PER CUORI DEBOLI

Un nuovo studio dimostra i benefici di una cura di ferro endovena nei pazienti con scompenso cardiaco

Un ciclo di terapia con ferro per via endovenosa, nei pazienti che ne siano carenti, può migliorare in modo significativo i sintomi, la tolleranza allo sforzo e la qualità di vita dei pazienti con scompenso cardiaco cronico. "Il nostro studio, il FAIR-HR – spiega Stefan Anker, professore di Cardiologia e di Ricerche sulla cachessia, Dipartimento di Cardiologia della Scuola di Medicina Charité di Berlino – dimostra che il trattamento degli stati

carenziali di ferro per 24 settimane con ferro endovena (nello studio è stato utilizzato il carbosimaltoso ferrico) migliora la sintomatologia dei pazienti con scompenso cardiaco e anemia. Si tratta del primo studio, dopo tanti anni, a dimostrare i benefici di una nuova terapia nei pazienti con scompenso cardiaco. Oltre ai sintomi, questo trattamento ha anche migliorato la capacità funzionale e di effettuare uno sforzo, come dimostrato dal

test del cammino dei 6 minuti. Anche la qualità di vita dei pazienti ha risentito positivamente del trattamento". Lo studio è stato effettuato su 459 pazienti cardiopatici seguiti presso 75 centri distribuiti in tutta Europa e in Argentina. Due terzi dei pazienti sono stati trattati con ferro endovena per un mese per tutti i giorni (fino alla correzione del deficit) e in seguito con una sola somministrazione endovena al mese; gli altri venivano trattati con solu-

zione fisiologica endovena come placebo (gruppo di controllo). I pazienti trattati con il ferro riferivano non solo un miglioramento soggettivo delle condizioni generali (uno su due si dichiarava da moderatamente a molto migliorato, rispetto al 28% del gruppo di controllo) ma presentavano anche un beneficio oggettivo: ben il 47% dei pazienti trattati con ferro erano scesi in classe NYHA I-II, contro il 30% di quelli del gruppo di controllo. "È importante

sottolineare – prosegue Anker – che i benefici della terapia endovenosa sono risultati evidenti a prescindere dalla presenza di anemia, suggerendo dunque che la carenza di ferro (che può essere facilmente misurata attraverso un prelievo di sangue) possa rappresentare di per sé un bersaglio terapeutico nei pazienti con scompenso cardiaco".



M.R.M.

“NON DELEGARE LA TUTELA DELLA TUA SALUTE. MANTIENI IL RITMO”



DOTT. FURIO COLIVICCHI

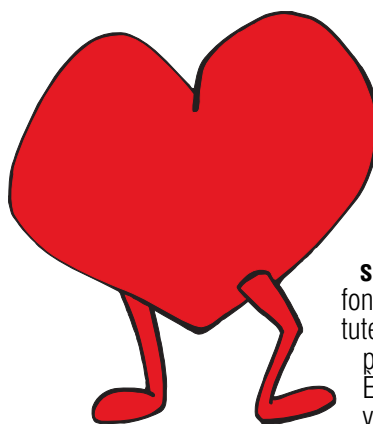
La Costituzione della Repubblica Italiana definisce la salute come “**fondamentale diritto dell’individuo**”, ma anche come “**interesse della collettività**” (art. 32, 1° comma). La carta costituzionale delinea, infatti, due aspetti sostanziali, il diritto individuale e l’interesse generale, apparentemente distinti ma in realtà strettamente legati tra loro. Pertanto, lo “**stato di salute**” non riguarda solo il singolo cittadino, ma ha un concreto riflesso sulla società nel suo insieme. Lo strumento che il nostro Paese si è dato per garantire la

buona salute dei suoi cittadini è costituito dal “**Sistema Sanitario Nazionale**” (SSN). Si tratta di una struttura straordinariamente complessa ed articolata, che viene gestita prevalentemente dalle Regioni ed attinge le proprie risorse dal “Fondo Sanitario Nazionale”. Questo salvadanaio sanitario raccoglie attualmente circa 100 miliardi di euro ogni anno. Tuttavia, nonostante l’entità consistente delle risorse finanziarie, il SSN del nostro paese attraversa una fase di particolare difficoltà e cronica penuria di mezzi. I finanziamenti sembrano infatti insufficienti alla copertura della crescente domanda di cure da parte di una popolazione che invecchia rapidamente. Inoltre, la gestione quotidiana della malattia sembra avere un profondo impatto sulla società contemporanea, incidendo sul normale ed ordinato funzionamento delle attività di singoli individui e delle strutture familiari. Chiunque conviva con un malato cronico e disabile e si debba occupare delle sue

necessità quotidiane, conosce il vero significato di queste affermazioni. Molte circostanze sfavorevoli concorrono a minare la fiducia dei cittadini nei confronti della sanità pubblica. Le lunghe liste di attesa, le difficoltà di accesso alle strutture sanitarie, i ricoveri in

chiamati a **sviluppare una nuova sensibilità** ed una diversa attenzione ai problemi della sanità. Nel recente passato infatti, i rappresentanti della politica hanno preso decisioni importanti per la salute collettiva da soli, senza un reale confronto con la cittadinanza. Le risorse economiche sono state usate spesso in modo non del tutto trasparente, con squilibri, sprechi ed incongruenze. Al contrario, **le esigue risorse della sanità dovrebbero essere usate con rigore e serietà**: si tratta infatti di fondi preziosi, necessari a tutelare in primo luogo le persone più fragili. È tempo che i cittadini intervengano, divengano soggetti attivi nella tutela della propria salute. Tutti dovrebbero prestare maggiore attenzione a quanto accade all’interno delle “stanze dei bottoni”, dove si decidono le sorti della nostra salute. **Non è più tempo di dare**

deleghe “in bianco” alla classe dei politici. La nostra Associazione vuole favorire la nascita di una nuova attenzione per i problemi della salute cardiovascolare. Le malattie cardiovascolari sono infatti, ancora oggi, la prima causa di morte nel nostro Paese. Crediamo fermamente che il cittadino debba poter controllare le scelte che ogni giorno vengono fatte dai decisori pubblici e, se necessario, intervenire con forza per correggerle. Un’Associazione forte, caratterizzata da una viva partecipazione, potrebbe contribuire in modo significativo al miglioramento della qualità delle cure nella nostra regione. **Non delegare la tutela della tua salute. Mantieni il ritmo.**



ambienti spesso fatiscenti, sono solo alcuni degli elementi che accrescono il disagio e favoriscono lo scetticismo della popolazione nei confronti del SSN. Eppure anche i cittadini sono

Dr. Furio Colivicchi
Responsabile UOD
“Qualità e Controllo di Gestione”
Dipartimento Cardiovascolare
A.C.O. S. Filippo Neri, Roma

- 1** Un cuore grande è migliore di un cuore piccolo.
2 Il pacemaker non fa venire l’infarto.
3 La palpitazione è un brutto sintomo.
4 Le extrasistoli sono pericolose.
5 La pressione alta fa venire l’ictus cerebrale.
6 Lo svenimento è segno di grave malattia di cuore.
7 In gravidanza il cuore si affatica.
8 L’obesità ed il diabete predispongono all’infarto.
9 Alcune malattie genetiche cardiache possono essere facilmente identificate con un semplice ECG a scuola.
10 Un semplice ecocardiogramma può predire la prognosi di un cardiopatico.
11 L’attività sessuale è sconsigliata agli infartuati.
12 L’attività sportiva ludica migliora la qualità e la quantità di vita di un infartuato.
13 La guida è proibita ai pazienti con defibrillatore automatico.
14 L’alcool fa bene ai malati di cuore.
15 Il livello di colesterolo LDL deve essere inferiore a 120 mg/dl.
16 La pressione arteriosa deve essere inferiore a 140/90 mm/Hg.
17 È bene eseguire una prova da sforzo prima di iniziare attività sportiva.
18 In menopausa la terapia ormonale sostitutiva previene l’infarto e l’ictus.
19 L’infarto nella donna è meno grave che nell’uomo.
20 Un massimo di cinque caffè al giorno è consentito dal punto di vista cardiovascolare.
21 Il fumo di sigaretta fa male anche a chi non fuma.
22 L’aspirina fa bene a tutti.
23 Mangiare molto pesce fa male ai cardiopatici.
24 Alcune aritmie cardiache sono causate dallo stress.
25 Avere un cane allunga la vita dopo l’infarto.

Come Risponderesti?

Vero o Falso

(trova le risposte sul nostro sito web)
www.ilcuorediroma.org

DIETA PER CUORI MEDITERRANEI

Il giusto mix di principi nutrizionali per un modello alimentare sano



DOTT.SSA CINZIA CIANFROCCA

Nell'ultimo secolo si è assistito soprattutto nei paesi industrializzati ad un progressivo aumento della vita media e ciò ha causato un proporzionale aumento delle malattie cardiovascolari.

Fra i più importanti **fattori di rischio coronarico** vi sono l'età, il sesso (i maschi si ammalano più precocemente), l'obesità, il fumo, l'ipertensione arteriosa, il diabete, un elevato livello di colesterolo "cattivo" (LDL) e un basso livello di colesterolo "buono" (HDL). L'uomo di Neanderthal si svegliava con il sole, doveva correre se voleva mangiare, poteva incamerare di più durante le carestie e affrontare lunghi periodi di digiuno. Era magro e la ricerca del cibo per lui rappresentava la sopravvivenza. I nostri contemporanei al contrario usano a dismisura la risorsa cibo e poi si impongono periodi di carestia con diete incongrue!... con grande spreco di nutrienti e soldi, oltre che notevoli rischi per la salute!

Le attuali abitudini alimentari delle società industrializzate che hanno sostituito le diete

tradizionali ricche in vegetali, si sono accompagnate a un **forte aumento delle patologie cronico - degenerative**, prima di tutte l'obesità, a cui sono collegate diabete, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, che a loro volta, sono alla base dell'aterosclerosi e delle sue complicanze cardiovascolari.

L'obesità è una delle patologie più diffuse nel mondo occidentale, tanto che il numero di persone in sovrappeso è sovrapponibile a quello di chi muore di fame. Il *Worldwatch Institute* stabilisce in un miliardo e 200 milioni gli individui con problemi di peso. In Italia la prevalenza dell'obesità è del 7-8 %, mentre quella del sovrappeso raggiunge il 40%.

Le nuove linee guida sulla Dieta e lo Stile di vita dell'*American Heart Association* nel 2006 enfatizzano l'importanza del controllo del peso e continuano a sottolineare l'importanza dell'attività fisica.

I nutrizionisti di tutto il mondo ritengono che la **Dieta Mediterranea** sia uno degli schemi dietetici fondamentali per il benessere. Essa nasce nelle cucine tradizionali del bacino del Mediterraneo, quindi delle coste italiane, spagnole, greche e arabe e rappresenta un modello di alimentazione sano, correttamente bilanciato come apporto dei singoli principi nutrizionali (glucidi, proteine, grassi, vitamine) e con un giusto equilibrio fra i seguenti gruppi: 1) pasta, pane e cereali; 2) latte e derivati; 3) frutta e verdura.

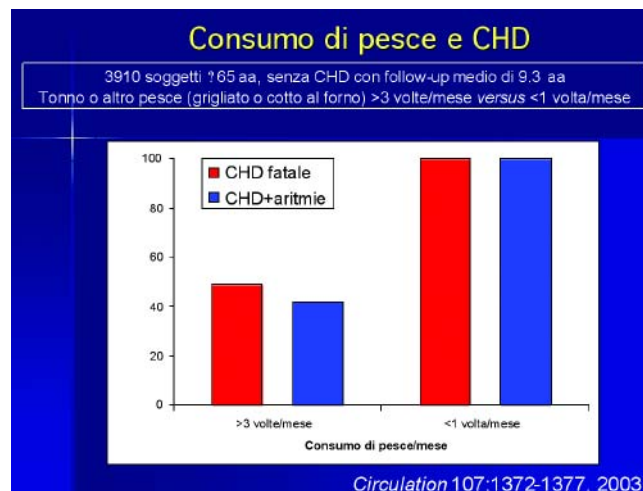
La quota lipidica ideale nella dieta deve essere costituita da 25% di acidi grassi saturi, 50% di acidi grassi monoinsaturi e 25% di acidi grassi polinsaturi. Le linee guida adesso suggeriscono di **mantenere** il più

gano il più basso rischio di mortalità. Il grande utilizzo di fibre e il basso rapporto tra acidi grassi omega-6 e omega-3 rendono ragione della potenziale capacità di prevenire l'insorgenza e la

sviluppo di malattie cardiovascolari (prevenzione primaria) ma anche perché migliora la sopravvivenza dei pazienti con preesistente malattia cardiovascolare (prevenzione secondaria). Infine, si ritiene che il consumo di grassi monoinsaturi migliori la sensibilità all'insulina, un dato che può spiegare l'effetto favorevole della dieta mediterranea su glucosio e insulina.

E che dire del **vino**? Alcuni studi suggeriscono la presenza di un'associazione fra moderato consumo di alcol, più elevati livelli di colesterolo HDL e ridotto rischio di malattia coronarica. Pertanto non ci sono motivi per vietare un bicchiere di vino a chi è abituato. Talora per i medici è più facile prescrivere un farmaco che tentare di modificare le abitudini dietetiche dei pazienti, compito considerato difficile al punto che la maggior parte desiste dopo alcuni tentativi. I dati però dimostrano che molti dei pazienti arruolati negli studi scientifici continuano ad adottare il regime dietetico mediterraneo a distanza di tempo a dimostrazione che l'adozione e l'aderenza a nuovi regimi dietetici non sono impossibili, a patto che i pazienti e le loro famiglie vengano istruiti e seguiti accuratamente. **"Che il cibo sia la tua medicina, che la medicina sia il tuo cibo" (Ippocrate).**

Dott.ssa Cinzia Cianfrocca
Dirigente Medico
UOC Cardiologia
Ospedale San Filippo Neri, Roma



possibile **bassa l'introduzione dei grassi saturi**, e riconoscono i potenziali effetti benefici sulla salute dei grassi poli e monoinsaturi. Si enfatizza l'uso dei carboidrati di tipo complesso e si raccomanda di **limitare l'uso degli zuccheri semplici** evidenziando molto i benefici dei cereali integrali. In molti studi condotti sia in Europa che negli Stati Uniti si dimostra che l'adozione della dieta mediterranea si associa ad una riduzione della mortalità globale, delle malattie cardiovascolari e delle malattie neoplastiche.

Un'elevata capacità anti-ossidante e una bassa concentrazione di colesterolo LDL spie-

gano la **progressione dei tumori**. L'adesione alla dieta mediterranea si associa con più bassi livelli di proteina C-reattiva, interleukina-6, omocisteina e fibrinogeno nel sangue, indici di infiammazione e disfunzione endoteliale che rappresentano noti fattori di rischio cardiovascolare.

Inoltre la dieta mediterranea comporta una significativa perdita di peso e un più favorevole rapporto tra colesterolo totale e colesterolo HDL anche rispetto a una dieta a basso contenuto di grassi. **L'elevato consumo di pesce** si associa con un più basso rischio di morte per cause cardiovascolari non solo perché previene lo

Pasta con ceci e ragù di pollo

da CARLO LAVALLE

Questa ricetta è stata scelta poiché è un giusto equilibrio tra carboidrati e proteine sia d'origine animale che vegetale. È preparata senza soffritto per cui risulta leggera e salutare ed è indicata anche nella dieta dei pazienti cardiopatici.

Ingredienti per 4 persone:

320 gr di ditalini di Gragnano
1 coscia di pollo
250 gr di ceci precotti
1 carota
1 sedano
1 cipolla
1 spicchio di aglio
1 cucchiaino di olio extravergine d'oliva
50 gr di parmigiano grattugiato

Togliere la pelle dalla coscia di pollo e tagliare a listarelle la carne. Mettere l'osso del pollo, la carota, il sedano e la cipolla a bollire per fare il brodo. In una pentola versare l'olio, l'aglio sbucciato lasciato intero (in modo che possa essere facilmente rimosso), i pezzettini di pollo e aggiungere i ceci; fare andare per circa 2 minuti poi aggiungere la pasta a crudo.

La pasta è risoltata cioè cotta come se si facesse un risotto, aggiungendo a mano a mano il brodo e facendolo ridurre a poco a poco. Avere l'accortezza di coprire bene la pasta con il brodo altrimenti la cottura non sarà uniforme. Il tempo di cottura è pressoché lo stesso della cottura tradizionale. A fine cottura la pasta risulterà amalgamata dall'amido stesso rilasciato dalla pasta. Servire con una spolverata di parmigiano.



IN ARRIVO UN NUOVO FARMACO ANTI-ICTUS

Lo studio Re-Ly dimostra che il dabigatran è un'alternativa più moderna, efficace e sicura del vecchio warfarin nel ridurre il rischio di ictus in corso di fibrillazione atriale



DOTT.SSA MARIA R. MONTEBELLI

Superata la soglia dei 40 anni, una persona su quattro è destinata a presentare nel corso della vita un episodio di fibrillazione atriale. Questa alterazione del battito cardiaco è presente nel 4 per cento degli ultrasessantenni e in circa il 10 per cento degli ultraottantenni. Una delle complicanze più temute di questa aritmia è l'ictus. Durante la fibrillazione atriale infatti il sangue ristagna all'interno degli atri, perché il cuore non riesce più a pomparlo via efficacemente; questa condizione favorisce il formarsi di coaguli, in particolare all'interno di una 'nicchia' dell'atrio sinistro (la cosiddetta auricola), che

possono frammentarsi ed essere 'sparati' in circolo, cioè provocare delle embolie anche a grande distanza dal cuore (ad esempio in un'arteria della gamba o del braccio, in una dell'intestino o del cervello). Essere affetti da **fibrillazione atriale aumenta il rischio di rimanere vittime di un ictus di sei volte**. E non è tutto. Gli ictus provocati dalla fibrillazione atriale tendono ad essere particolarmente gravi e invalidanti; a distanza di un anno dall'evento, metà di questi pazienti sono morti. Per prevenire queste complicanze catastrofiche, è abituale trattare le persone con fibrillazione atriale, soprattutto quelle ad aumentato rischio di ictus (cioè gli ultra75enni, quelli che hanno già avuto un ictus o un TIA, gli ipertesi, i diabetici, le persone con scompenso cardiaco), con un farmaco anticoagulante che, rendendo il sangue più fluido, riduce il rischio di formazione dei trombi/emboli. Per tanti anni questo ruolo è stato ricoperto dal warfarin (un farmaco

nato come veleno per topi!), una molecola che riduce il rischio di ictus del 67 per cento e quello di morte del 26 per cento; 2/3 degli ictus da fibrillazione atriale possono essere evitati grazie a questa terapia. Che però presenta dei grossi limiti. La risposta alla sua somministrazione non è prevedibile e questo obbliga il paziente a sottoporsi con una certa frequenza ad un esame del sangue (l'INR) per consentire al medico di aggiustare il dosaggio del farmaco; una serie di cibi e di medicine interferiscono con il warfarin e questo espone il paziente al rischio di emorragie (anche cerebrali) o viceversa di trombosi. Si tratta di una terapia insomma difficile da gestire e molti medici finiscono col non prescriberla anche ai pazienti che ne avrebbero più bisogno, per paura delle conseguenze di un suo inadeguato dosaggio. Ma presto tutto ciò potrebbe cambiare. Una serie di nuovi anticoagulanti, più efficaci e sicuri del vecchio warfarin, stanno infatti uscendo dalla



fase di collaudo, cioè dagli studi clinici volti a validarne efficacia e sicurezza. Il primo ad aver tagliato il traguardo è il **dabigatran** che nello **studio Re-Ly** ha dimostrato di essere in grado di ridurre gli ictus in corso di fibrillazione atriale di un ulteriore 34 per cento rispetto al warfarin, il farmaco più efficace finora a disposizione. Il dabigatran inoltre si è dimostrato un farmaco maneggevole e sicuro; la sua somministrazione non richiede infatti aggiustamenti di dosaggio sulla base degli esami della coagulazione e la sua grande efficacia anti-trombotica non comporta come rovescio della medaglia un aumentato rischio di emorragie (anzi il rischio di sanguinamento è risultato del 20 per cento inferiore a quello comportato dal warfarin). Lo studio Re-Ly, il più grande studio mai realizzato sulle conseguenze della fibrillazione atriale, ha coin-

volto oltre 18 mila pazienti in 44 nazioni del mondo. Sono oltre 3 milioni le persone con fibrillazione atriale che ogni anno rimangono vittime di un ictus in tutto il mondo. "Estrapolando i risultati del Re-Ly alla pratica clinica – ha commentato **Stuart Connolly, cardiologo** della Mc Master University del Canada e uno degli autori dello studio – il dabigatran potrebbe evitare 3 mila ictus al giorno in più rispetto ad un trattamento ben fatto con il warfarin".



Dott.ssa Maria Rita Montebelli
Dirigente Medico
UOC Medicina Interna CIC
Policlinico Universitario
Agostino Gemelli, Roma

CICCIA E SIGARETTA: UNA MISCELA LETALE PER I VASI

Uno studio americano dimostra che i danni del fumo passivo vengono potenziati dall'obesità

I bimbi in fasce e quelli cicciottelli sono più esposti degli altri ai danni da fumo passivo. "Il fumo passivo per i bambini – spiega John Anthony Bauer del Nationwide Children's Hospital & Research Institute dell'Università dell'Ohio (Usa) – non è nocivo solo per i polmoni, come ritenuto finora. Un nostro studio dimostra infatti che può avere pesanti ripercussioni anche sull'apparato cardio-vascolare". Lo studio condotto da Bauer ha preso in esame 52 bambini dai 2 ai 5

anni e 107 adolescenti (9-18 anni) ed ha evidenziato che esiste un legame tra 'quantità' di esposizione al fumo passivo e marcatori di danno vascolare nei bambini molto piccoli (una correlazione addirittura due volte superiore se si associa anche l'obesità); gli adolescenti obesi, esposti al fumo passivo presentano segni di danno vascolare con una frequenza doppia rispetto ai coetanei normo-peso. Infine i bambini in età prescolare esposti al fumo passivo presentano una riduzione

del 30 per cento delle cellule progenitrici endoteliali, un tipo particolare di cellule coinvolte nella riparazione e nel mantenimento di una rete di vasi in buona salute. "Questo studio suggerisce che alcuni aspetti delle cardiopatie dell'adulto, affondano le loro radici nell'infanzia; in questo periodo della vita le strategie di prevenzione possono dunque avere un impatto a lungo termine". La quantità di esposizione al fumo passivo, in questa ricerca americana, è stata valu-

tata attraverso un esame del sangue che ha permesso anche di dosare i marcatori di danno vascolare e di infiammazione per ogni bambino. Molte forme di malattie cardiovascolari iniziano nell'infanzia e circa un quarto dei bambini stelle-estricce sono esposti al fumo passivo. "Sappiamo – prosegue Bauer – che il fumo passivo e a maggior ragione quello diretto, aumentano l'ossidazione e l'infiammazione. Altri studi condotti in passato hanno dimostrato che l'obesità è una



condizione caratterizzata da uno stato di infiammazione cronica di basso grado che può provocare un danno ai vasi. Riteniamo che l'accoppiata di queste due condizioni (obesità e fumo passivo) possa potenziarsi in maniera pericolosa e amplificare il grado di infiammazione e di danno vascolare".

M.R.M.

A SCUOLA DI CUCINA AMICA DEL CUORE

Gli omega 3 del pesce sono preziosi per il cuore degli uomini. Ma per le donne?



Una lavoro presentata da una ricercatrice dell'Università di Hawaii a Manoa al **congresso dei cardiologi americani** (AHA '09, Orlando), spiega come fare a preservare i benefici del pesce ai fornelli. I medici consigliano di mangiare pesce, almeno tre volte a settimana, preferendo quello ricco di omega-3, i grassi amici delle arterie. Ma una cottura sbagliata rischia di inficiarne tutti i benefici. "Il modo

migliore per preservare ed esaltare i benefici del pesce – spiega **Lixin Meng** l'autrice dello studio – è cucinarlo bollito o arrosto; come condimento è perfetto un filo di salsa di soia a basso contenuto di sale o la salsa teriyaki, meglio ancora se accompagnato dal tofu." Consigli che derivano da uno studio di 'etno-culinaria' che ha analizzato le abitudini di vari gruppi etnici residenti nelle Hawaii e

nella contea di Los Angeles (oltre 80 mila uomini e 103 mila donne, senza storia di cardiopatie), seguiti per circa 12 anni. I ricercatori hanno suddiviso i partecipanti in quintili, in base alla loro assunzione di tonno o altro pesce in scatola, pesce in generale e derivati della soia, come salsa di soia, tofu e shoyu (fonti vegetali di omega-3) e al tipo di cottura utilizzata (crudo, bollito, fritto, sotto sale o essiccato). Ne è

risultato che gli uomini che assumono una media di 3,3 grammi di omega-3 al giorno, presentano un rischio di ammalarsi di malattie cardiovascolari il 23 per cento più basso di quelli che ingeriscono solo 0,8 grammi di omega-3 al giorno. Tra coloro che consumano il pesce bollito o arrosto, il rischio di morte per coronaropatia si riduce del 10 per cento, mentre al contrario, mangiare pesce fritto lo

aumenta del 12%. Per le donne, l'assunzione di omega-3 è protettiva, ma sono meno evidenti i benefici sulla riduzione del rischio cardio-vascolare. Maggiori benefici potrebbero derivare loro dall'assunzione di fonti vegetali di omega 3, come shoyu e tofu, che contengono anche altri ingredienti attivi come i fitoestrogeni. Ma questo dovrà essere confermato da altri studi.

M.R.M.



STRESS E IPERTENSIONE: QUESTIONE DI GENI

I risultati di uno studio aprono la strada a terapie innovative per l'ipertensione da stress

Ma lo stress aumenta la pressione? Non è necessario essere scienziati per rispondere in maniera affermativa a questa domanda, ma adesso un nuovo studio appena pubblicato su **Journal of Clinical Investigation** spiega anche perché questo accade. Per la prima volta un gruppo di ricercatori dell'Università di Friburgo e di Muenster (Germania), in collaborazione con altri grup-

pi di ricerca del Medical College del Wisconsin (Usa) e canadesi, sono riusciti a creare in laboratorio dei topi privi del gene della fosducina e li hanno poi confrontati con topi provvisti del normale corredo genetico. I topi privati del gene della fosducina, quando sottoposti a varie situazioni stressanti, presentavano un rialzo pressorio notevole, rispetto ai topi normali. È possibile dunque che

questo gene controlli direttamente l'attività di alcuni neuroni del sistema nervoso simpatico che, attivandosi, causano un aumento dei valori di pressione. Partendo da questi dati di laboratorio i ricercatori sono andati a studiare il DNA di 342 americani, che stavano prendendo parte ad un altro studio sull'ipertensione presso il Medical College e di 810 canadesi, presso l'università

di Montreal. A queste persone è stato chiesto di effettuare certe attività implicanti una "quantità" di stress standardizzata. Anche in questo caso è risultata evidente l'azione benefica e protettiva del gene della fosducina nei confronti dell'ipertensione arteriosa da stress. In particolare, in alcuni di questi pazienti sono state individuate delle varianti del gene della fosducina che potrebbero servire in

futuro come marker per individuare i pazienti che mostrano un'esagerata risposta ipertensiva in caso di stress. Questi studi gettano dunque nuova luce sui meccanismi dell'ipertensione da stress e aprono la strada a nuove possibili terapie per questa forma particolare di ipertensione arteriosa.

M.R.M.

Visita cardiologica: i consigli dell'infermiere

è molto importante, quando si effettua una visita cardiologica, osservare alcune semplici regole, per consentire al medico una diagnosi più precisa

cose da ricordare durante la prima visita:

- indicare al cardiologo il motivo per il quale si esegue la visita cardiologica
- spiegare con chiarezza al medico se si accusano sintomi o malesseri particolari
- saper riferire peso, altezza, abituali valori della pressione arteriosa, malattie importanti avute dai familiari (genitori e fratelli)
- portare la documentazione riguardante eventuali altre malattie, cartelle cliniche di ricoveri o interventi chirurgici, elenco dei medicinali che si assumono abitualmente
- portare in visione elettrocardiogrammi eseguiti in passato, anche se non recenti
- se si hanno domande da fare, portarsi un breve promemoria per evitare di dimenticarle

nelle visite successive:

portare sempre

- la documentazione relativa alle visite precedenti
- eventuali referti di esami diagnostici e analisi di laboratorio effettuate
- la documentazione relativa ad eventuali ricoveri
- l'elenco delle medicine che si assumono

saper riferire chiaramente

- se si sono verificati nuovi eventi, altre patologie o nuovi sintomi
- se è stata modificata la terapia, da chi e perché
- preparare un breve promemoria di eventuali domande da fare

inoltre, in tutte le visite che si eseguono presso una struttura pubblica, è utile ricordare di portare sempre l'impegnativa rosa della prescrizione, compilata in tutte le parti dal medico curante, e il tesserino che attesti eventuali esenzioni dal ticket, chiedere al cardiologo se e quando è utile sottoporsi ad un nuovo controllo e ricordarsi di...prenotare per tempo!!!

Gioia Cassoni, Caposala Ambulatorio di Cardiologia del San Filippo Neri - Roma



IL CUORE E LE STAGIONI DELLA VITA

Consigli per la stagione invernale e le festività natalizie

Altitudine e sport invernali (dai 1000 mt.)



SI Soggetti con:
cuore sano
pacemaker e defibrillatore
pressione arteriosa normale
allenamento fisico precedente
età non avanzata

NO Soggetti con:
ipertensione arteriosa non bene dominata
scompenso cardiaco
insufficienza respiratoria
non allenati
obesità

Alimentazione



- Non eccedere!
- Non abbuffarsi!
- Evitare pasti eccessivamente copiosi!
- Evitare i superalcolici

Viaggi



1 Selezionare località facili da raggiungere e con situazioni logistiche adeguate allo stato di salute del paziente (disponibilità di ascensore, strade in pianura, transfer motorizzati, etc.).

2 Non dimenticare le proprie medicine e scorta adeguata al periodo di vacanza.

3 Portare con sé un certificato (possibilmente in lingua inglese) del proprio medico attestante la patologia di base, la terapia in corso ed eventuali consigli per i sanitari del posto

di vacanza.

4 Se si è portatori di pacemaker o defibrillatore non dimenticare il proprio tesserino internazionale. In caso non ne foste in possesso, richiedetelo al vostro centro di controllo.

5 Evitare cibi potenzialmente infetti o facile causa di disturbi gastro-intestinali.

6 Se vi sentite stanchi rinunciate all'escursione programmata per quel giorno e riposatevi in albergo.

7 Contattate telefonicamente o via e-mail il vostro medico in Italia in caso di problemi.

Non dimenticate di portare con voi il suo numero telefonico ed il suo indirizzo di posta elettronica.

8 Buon viaggio!

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 Epidemologiche 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 spopolino 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.

IL CUORE DI ROMA - ONLUS • CONSIGLIO DIRETTIVO

Presidente: Massimo Santini

Consiglieri: Fabrizio Ammirati, Gerardo Ansalone, Furio Colivicchi, Claudio Pandozi, Renato Pietro Ricci, Giulio Speciale, Marco Tubaro

Gli amici del "Cuore di Roma"



Energy
"Energy muove il tuo benessere."
Paola Caruana

energy

CENTRO PILOTA ENERGY
Via A.G. Bragaglia 275 • 000123 Roma
UFFICIO COMMERCIALE OLGAONI
T. +390610884303 / M. +391158032993
www.energyroma.com

Synergy Program & Energy Point
hanno copyright Energy by Paola Caruana.
Per richiedere una consulenza,
Visitate la pagina "contatti" del sito
www.energyroma.com
oppure scrivete all'indirizzo mail
info@energyroma.com



Azienda Complesso Ospedaliero

**San
Filippo
Neri**

OSPEDALE DI RIFUGIO NAZIONALE E DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

**AIM
GROUP**

**Il cuore di AIM Group
batte per la Cardiologia**

Brussels - Budapest - Florence - Lisbon - Madrid - Milan - Paris - Prague - Rome - Shanghai - Sofia - Vienna - Vilnius

www.aimgroup.eu

Risposte alle domande presenti nella pag. 7 del giornalino scritte dal Prof. Massimo Santini

- 1 Un cuore grande è migliore di un cuore piccolo **FALSO**
- 2 Il pacemaker non fa venire l'infarto. **FALSO**
- 3 La palpitazione è un brutto sintomo. **FALSO**
- 4 Le extrasistoli sono pericolose. **FALSO**
- 5 La pressione alta fa venire l'ictus cerebrale. **VERO**
- 6 Lo svenimento è segno di grave malattia di cuore. **FALSO/SPESSO (a volta vero)**
- 7 In gravidanza il cuore si affatica. **FALSO**
- 8 L'obesità ed il diabete predispongono all'infarto. **VERO**
- 9 Alcune malattie genetiche cardiache possono essere facilmente identificate con un semplice ECG a scuola. **VERO**
- 10 Un semplice ecocardiogramma può predire la prognosi di un cardiopatico. **VERO**
- 11 L'attività sessuale è sconsigliata agli infartuati. **FALSO**
- 12 L'attività sportiva ludica migliora la qualità e la quantità di vita di un infartuato. **VERO**
- 13 La guida è proibita ai pazienti con defibrillatore automatico. **VERO (per i primi 6 mesi)**
- 14 L'alcool fa bene ai malati di cuore. **FALSO**
- 15 Il livello di colesterolo LDL deve essere inferiore a 120 mg/dl. **VERO**
- 16 La pressione arteriosa deve essere inferiore a 140/90 mm/Hg. **VERO**
- 17 È bene eseguire una prova da sforzo prima di iniziare attività sportiva. **VERO**
- 18 In menopausa la terapia ormonale sostitutiva previene l'infarto e l'ictus. **FALSO**
- 19 L'infarto nella donna è meno grave che nell'uomo. **FALSO**
- 20 Un massimo di cinque caffè al giorno è consentito dal punto di vista cardiovascolare. **VERO**
- 21 Il fumo di sigaretta fa male anche a chi non fuma. **VERO**
- 22 L'aspirina fa bene a tutti. **FALSO**
- 23 Mangiare molto pesce fa male ai cardiopatici. **VERO**
- 24 Alcune aritmie cardiache sono causate dallo stress. **VERO**
- 25 Avere un cane allunga la vita dopo l'infarto. **VERO**