

CUORE AMICO

Periodico
dell'Associazione
Cuore Sano
in collaborazione con la
UOC Cardiologia
del Santo Spirito
XXVI n. 3
luglio - settembre 2023

L'impiego del robot nella cardiocirurgia

Quattro raccomandazioni per i malanni del cuore

3
2023

***A scuola la rianimazione
da arresto cardiaco***

***Cardiopatía ereditaria?
Si accerta con un test***

***Perché la palestra
per i cardiopatici***



VIOLATECH

BIOMEDICAL SOLUTIONS



Paradise
Ultrasound Renal Denervation System

ReCor Medical™
Ultrasound Denervation Therapies

Nuovo sistema per la gestione dell'ipertensione arteriosa resistente al trattamento farmacologico.

Paradise™

Sistema di denervazione renale ad ultrasuoni.

Il sistema Paradise provvede all'ablazione termica e all'interruzione dei nervi simpatici renali con l'obiettivo di ottenere una riduzione della pressione arteriosa sistemica.

Grazie all'innovativa tecnologia a ultrasuoni, Paradise consente di effettuare una denervazione renale avvalendosi di un catetere che eroga energia in senso circolare con profondità di ablazione mirata ed erogazione automatica dell'energia.

La procedura risulta semplificata, rapida e sicura, garantendo la protezione della parete arteriosa.

CONTATTACI



VIOLATECH

Violatech S.r.l. · Via Kenia, 74 · 00144 Roma
Tel. +39 065922087 · Fax +39 0659290468 · info@violatech.it
www.violatech.it

Aumentano gli interventi di cardiocirurgia robotica

Antonio Lio,
Cardiologo, Uoc Cardiocirurgia, S. Camillo

La chirurgia robotica rappresenta una delle principali innovazioni tecnologiche applicate alla chirurgia. In cardiocirurgia, il primo intervento è stato eseguito in Europa nel 1998 da Alain Carpentier che rinominò il sistema robotico "da Vinci", in onore dello scienziato italiano. Da allora, l'utilizzo della chirurgia robotica si è espansa rapidamente, soprattutto negli Stati Uniti, dove questa tecnologia ha registrato un incremento di interventi del 25% ogni anno. Anche in Europa, recentemente, si è assistito ad una crescita degli interventi cardiocirurgici robotici, con stima di incremento annuo intorno al 37%. Il Robot in chirurgia è una interfaccia computerizzata tra chirurgo e paziente e questo avviene attraverso una sofisticata piattaforma chirurgica in grado di riprodurre i movimenti della mano umana nella cavità o all'interno di un organo. Nello specifico, l'intervento cardiocirurgico robotico si esegue attraverso 4 fori di 8 mm negli spazi intercostali, attraverso cui vengono inseriti una piccola telecamera e tre braccia robotiche, dotate di strumenti chirurgici. La chirurgia robotica rappresenta, di conseguenza, un approccio estremamente mini-invasivo, e trova, come principale campo di applicazione, il trattamento delle valvulopatie cardiache, in particolare la riparazione valvolare mitralica. Altre tipologie di interventi cardiocirurgici esegui-

bili con tecnologia robotica sono rappresentate dalla chirurgia coronarica o correzione di difetti congeniti (come difetti interatriali). I vantaggi legati all'uso del robot in cardiocirurgia sono molteplici: la maggiore precisione del gesto chirurgico, la possibilità di utilizzare indifferentemente e contemporaneamente entrambe le mani per compiere la stessa azione e l'ampio range di movimenti garantito dagli strumenti endoscopici, con la possibilità di rotazione di 360 gradi. Inoltre, l'estremizzazione della mini-invasività associata agli interventi robotici garantisce un recupero psico-funzionale molto più rapido per il paziente con una riduzione del rischio infettivo ed emorragico, rendendo più rara la necessità di trasfusioni: tutto ciò permette una riduzione della degenza postoperatoria e l'assenza di necessità di riabilitazione post-operatoria, garantendo, di conseguenza, un più rapido ritorno alle normali abitudini di vita.

Dal punto di vista psicologico, inoltre, l'impatto estetico sul corpo, dato da una cicatrice di piccole dimensioni (2-3 cm) riduce sensibilmente il rischio di depressione connesso all'evento. Presso l'Unità Operativa di Cardiocirurgia del San Camillo Forlanini, il programma di chirurgia robotica è attivo da ormai quasi tre anni. Sono stati eseguiti con successo circa 200 interventi maggiori: particolare interesse è stato da sempre rivolto al trattamento riparativo della valvola mitrale (circa 150 casi), ma sono state eseguite anche procedure di rivascularizzazione miocardica e sostituzione valvolare aortica. Gli eccellenti risultati a breve e medio-termine legati alla nostra esperienza confermano la sicurezza e i vantaggi postoperatori connessi alla chirurgia robotica, con riduzione delle complicanze postoperatorie e della degenza ospedaliera. In conclusione, la cardiocirurgia robotica rappresenta, ad oggi,



Perché le Unità Coronariche trasformate in Unità di cura cardio omnicomprensiva

Rita Lucia Putini,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Camillo

L'evoluzione nelle terapie farmacologiche e invasive in cardiologia ha cambiato, negli ultimi dieci anni, le Unità Coronariche in Unità di Terapia Intensiva Cardiologica, Unità di Cura Omnicomprensiva ad indicare che comprende tutto, tutte le patologie cardiologiche acute con una disfunzione del cuore e una circolazione del sangue che non garantisce il funzionamento degli organi (cervello, rene e il cuore stesso). Non solo l'infarto miocardico e le sue complicanze, ma anche gravi disfunzioni delle valvole cardiache, tempeste aritmiche, lo shock cardiogeno per una severa disfunzione del cuore da qualunque causa, le malattie che compromettono la funzione respiratoria come le polmoniti gravi, il danno sul cuore secondario ad infezioni batteriche e virali (shock settico). La Terapia Intensiva Cardiologica ha alla base la sorveglianza attiva 24ore/24 del paziente critico, con un monitoraggio continuo del ritmo cardiaco e dei parametri vitali, pressione arteriosa e frequenza cardiaca, cardini dell'attività delle unità coronariche fin dagli anni '70. Tuttavia, estende la sorveglianza attiva 24ore/24 su altri parametri: pressione arteriosa e venosa con inserimento di un catetere vascolare (monitoraggio emodinamico invasivo); analisi dei gas del sangue per il controllo della funzione respiratoria; "rischio microbiologico", il rischio di contrarre un'infezione grave è aumentato per le caratteri-

stiche dell'assistenza intensiva; fabbisogno calorico e "modalità della nutrizione" per i pazienti che non riescono ad alimentarsi (sondino nasogastrico, via venosa, dieta fluida per difficoltà della deglutizione); condizioni neurologiche, prevenzione e cura del delirio nei pazienti più anziani che maggiormente risentono della "realtà alterata" delle terapie intensive (luci sempre accese, allarmi sonori, assenza dei familiari); rischio del "danno multiorgano" per incapacità del cuore di garantire un adeguato apporto di sangue e ossigeno agli organi. Punta di diamante delle Terapie Intensive Cardiologiche è l'assistenza ai pazienti con grave disfunzione cardiaca e necessità di un supporto ventricolare meccanico a breve termine. Si tratta di pompe meccaniche che aiutano il lavoro del cuore e che possono, per un breve periodo, anche sostituire il lavoro del cuore per permettere a quest'organo di recuperare la sua funzione. Dispositivi invasivi, con una sofisticata bio ingegneria posizionati nel

corpo umano anche con rischio di complicanze. La sorveglianza del loro corretto funzionamento e la prevenzione delle complicanze è attività dei cardiologi intensivisti e degli infermieri di terapia intensiva cardiologica. Le Unità di Terapia Intensiva Cardiologica sono reparti ad alta complessità assistenziale. La figura del Cardiologo Intensivista si è delineata nell'ultimo decennio. E' necessaria competenza specifica della fisiopatologia del paziente critico (l'organismo nelle malattie più gravi funziona diversamente), competenza nelle procedure invasive, gestione dei ventilatori meccanici per la ventilazione invasiva, gestione della dialisi. Per la rivoluzione culturale che tutto questo comporta è importante la formazione dei futuri cardiologi per l'assistenza al paziente critico. Intensamente cuore...una nuova ennesima sfida nel progresso delle cure cardiologiche che continua nel tempo con risultati non immaginabili solo un decennio fa.



Con l'inizio di ottobre parte la vaccinazione antinfluenza

Alberto Michielon,
Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito



Usciamo da un periodo molto difficile di pandemia anche grazie allo sviluppo di vaccini che hanno permesso di ridurre il tasso di infezione e la mortalità legata al virus Covid-2. Tuttavia, nonostante l'importante campagna vaccinale, sono nati movimenti no-vax che hanno ridotto non solo il tasso di vaccinazione per Covid-2 ma anche di altre vaccinazioni sia in età pediatrica che adulta. Infatti la diminuzione della frequenza o addirittura l'eradicazione di alcune gravi malattie infettive grazie all'introduzione dei vaccini, ha ridotto la percezione della loro gravità ed ha paradossalmente creato problemi nell'accettazione dei vaccini. Per questo motivo la campagna d'informazione vaccinale risulta essere di grande importanza. La nostra Costituzione tutela la salute come diritto dell'individuo e della collettività e per questo offre gratuitamente le vaccinazioni che permettono di prevenire alcune malattie infettive che possono causare gravi conseguenze sia per il singolo che per la popolazione generale. Con l'avvicinarsi del periodo au-

tunnale ci sono alcune vaccinazioni che è opportuno considerare come ad esempio quella per l'influenza, per la quale esiste un vaccino stagionale (diverso ogni anno). Il vaccino antinfluenzale più utilizzato è il quadrivalente che contiene proteine dei quattro ceppi virali che si ritiene saranno i più diffusi nella prossima stagione invernale. La vaccinazione antinfluenzale è stata estesa, con le nuove raccomandazioni dell'organizzazione mondiale della sanità, a tutti i soggetti nella fascia di età 6 mesi-6 anni, alle persone di età maggiore o uguale a 6 anni e minore di 60 anni con malattie croniche (respiratorie, cardiovascolari, oncologiche, renali, diabetici, immunodepressi ecc.), ai pazienti ricoverati in strutture di lungodegenza, alle persone oltre 60 anni, alle donne che si trovano in gravidanza e nel periodo "postpartum", ai familiari e contatti di soggetti ad alto rischio, a coloro che svolgono professioni sanitarie, al personale delle forze dell'ordine oltre che per professioni a stretto contatto con animali a rischio di infezione con virus dell'influenza

non umani per evitare il rischio di sviluppo di nuovi ceppi virali (veterinari, allevatori, macellai ecc.). In considerazione della situazione epidemiologica attuale è stato raccomandato di anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale all'inizio di ottobre e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale. L'obiettivo è quello di raggiungere il 95% della copertura con un minimo del 75% per garantire la riduzione della circolazione del virus e proteggere così anche le persone che non possono vaccinarsi. In quest'ottica è sempre più importante la sensibilizzazione della popolazione generale, dei medici di medicina generale, pediatri e specialisti. Ricordiamo inoltre l'importanza di proteggersi dalla polmonite con la vaccinazione per lo pneumococco negli over 65, per soggetti sopra i 18 anni con patologie croniche (vedi sopra) e nei lattanti secondo calendario vaccinale. Concludendo quindi i vaccini rappresentano uno strumento utile per prevenire e rendere meno aggressive infezioni potenzialmente letali. Con l'avvicinarsi dell'autunno rivolgiamoci al nostro medico di famiglia e pediatra e ricordiamoci di compiere un gesto semplice ma efficace per tutelare e proteggere la salute di noi stessi, dei nostri figli e delle persone più fragili.

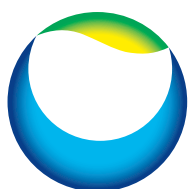
Passione per l'Innovazione.
Considerazione per i Pazienti.



Daiichi Sankyo è un Gruppo farmaceutico attivamente impegnato nella ricerca, nello sviluppo e nella produzione di farmaci innovativi con la mission di colmare i diversi bisogni di cura ancora non soddisfatti dei pazienti, sia nei mercati industrializzati che in quelli emergenti. Con più di 100 anni di esperienza scientifica e una presenza in più di 20 Paesi, Daiichi Sankyo e i suoi 16.000 dipendenti in tutto il mondo, contano su una ricca eredità di innovazione e una robusta linea di farmaci promettenti per aiutare le persone.

Oltre a mantenere il suo robusto portafoglio di farmaci per il trattamento dell'ipertensione e dei disturbi trombotici, e con la Vision del Gruppo al 2025 di diventare una «Global Pharma Innovator con vantaggi competitivi in area oncologica», le attività di ricerca e sviluppo di Daiichi Sankyo sono focalizzate alla creazione di nuove terapie per l'oncologia e l'immuno-oncologia, con un ulteriore focus su nuove frontiere quali la gestione del dolore, le malattie neurodegenerative e cardiometaboliche, e altre patologie rare.

Per maggiori informazioni visita il sito:
WWW.DAIICHI-SANKYO.IT



Daiichi-Sankyo

Come comportarsi dopo...

Infarto: seguire attentamente la terapia prescritta dal medico

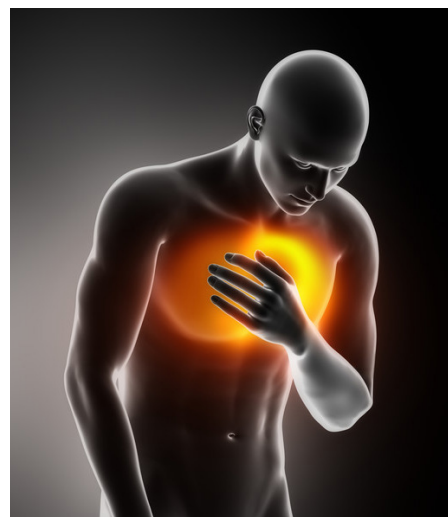
Marina Delfini,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

La dimissione dall'ospedale rappresenta un momento delicato per il paziente: da un lato c'è il sollievo di tornare a casa e dall'altro la preoccupazione di non trovarsi più in ambiente protetto. È importante, quindi, che il paziente accetti la sua nuova condizione. Dopo un evento così importante il paziente dovrebbe essere seguito in ambiente specializzato per ridurre il rischio di recidive e di sviluppare scompenso cardiaco e, quindi, migliorare la prognosi e aumentare l'aspettativa di vita. L'obiettivo è quello di attuare tutte le misure necessarie che in gergo tecnico si definiscono come "prevenzione secondaria" e che aiutano ad avere una buona qualità di vita evitando le cattive abitudini che hanno contribuito alla malattia. È fondamentale seguire attentamente la terapia prescritta nella lettera di dimissione, rispettando sia il dosaggio che la posologia dei farmaci. Molti dei farmaci sono "salvavita", altri sono necessari per controllare i fattori di rischio come l'ipertensione arteriosa, il diabete mellito, l'ipercolesterolemia e diminuire il rischio di progressione della malattia. La modifica dello stile di vita, agendo su tutti i fattori di rischio è fondamentale: smettere di fumare, qualunque tipologia di fumo sia attivo che passivo, comprese le sigarette "elettroni-

che" e le sigarette a tabacco riscaldato deve essere eliminata, rivolgendosi se necessario a un centro antifumo; seguire un'alimentazione sana ed equilibrata come la "dieta mediterranea", ricca di frutta, verdura, legumi, fibre, pesce, grassi "buoni" come l'olio extravergine di oliva e frutta secca, e carboidrati integrali, evitando i grassi di derivazione animale, i formaggi, gli insaccati e riducendo il consumo di dolci, di sale e di alcol (non più di 5-6 bicchieri di vino a settimana); l'attività fisica può essere gradualmente ripresa, in base all'età del paziente, all'entità del danno cardiaco e al livello di attività prima dell'infarto. Camminare a passo sostenuto 30-60 minuti al giorno almeno 5 volte a settimana, oppure nuotare, andare in bicicletta in pianura, fare giardinaggio, ballare, ecc. L'attività fisica migliora la capacità funzionale, riduce la pressione arteriosa e i livelli di colesterolo LDL, migliora il controllo del diabete, l'umore e lo stress. La dieta e l'attività fisica inoltre contribuiscono a ridurre il peso corporeo nei pazienti in sovrappeso o obesi. Ai pazienti si consiglia un programma di riabilitazione cardiologica ambulatoriale o degenziale per favorire il percorso di cambiamento e controllare meglio i fattori di rischio. E' possibile tornare a lavoro anche dopo

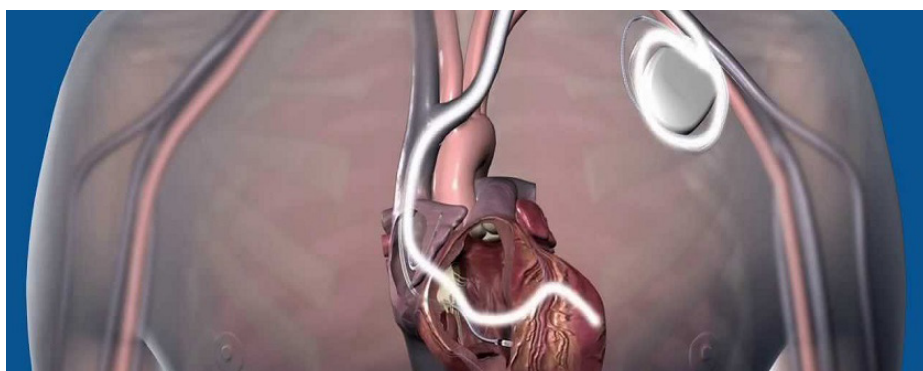
1-2 mesi dall'infarto, se il lavoro che si svolge non è pesante o stressante: il cardiologo che segue il paziente consiglierà modalità e tempi. Si può guidare o fare viaggi in aereo anche dopo 7-10 giorni, cercando, però, di evitare spostamenti troppo lunghi, magari prevedendo tappe intermedie. Si potrà riprendere l'attività sessuale dopo 3-4 settimane dall'evento, con un partner stabile, e si è in grado di fare due piani di scale. I pazienti affetti da cardiopatia ischemica possono presentare disfunzione erettile: la terapia utilizzata per questo problema è generalmente sicura, ma controindicata se si assumono farmaci come i nitrati. Dopo un infarto si raccomanda inoltre la vaccinazione antinfluenzale annuale, specialmente nei soggetti di età superiore ai 65 anni per ridurre il rischio di recidive e ovviamente effettuare i controlli in ambulatorio come indicato dal cardiologo.



Il pacemaker si integra nel corpo Le raccomandazioni essenziali

Lucia Duro,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito



L'impianto di pacemaker è per i pazienti l'inizio della convivenza con una protesi che ha bisogno di essere conosciuta ed integrata dal corpo nella vita quotidiana. È importante dunque fornire indicazioni su come comportarsi con un pacemaker (Pmk). Nel primo mese si consiglia di non sollevare il braccio omolaterale all'impianto oltre i 90° (ad es. per prendere oggetti su uno scaffale o pettinarsi) al fine di evitare la trazione e il dislocamento degli elettrocatteteri. Le attività fisiche sono consentite, tuttavia sono sconsigliate quelle che prevedano un contatto fisico o urti in corrispondenza del Pmk. È possibile anche viaggiare senza limitazioni, salvo il caso esistano controindicazioni correlate alla condizione clinica sottostante. Anche la guida di autoveicoli è consentita dopo almeno una settimana dall'impianto, ma sempre indossando la cintura di sicurezza. Nei casi in cui sia necessario il passaggio ai varchi dei sistemi di

sicurezza aeroportuali, banche o uffici postali, bisogna informare il personale di sorveglianza di essere portatore di pmk esibendo il tesserino di identificazione rilasciato dall'ospedale. È possibile così sostituire il passaggio al varco con il metal detector palmare, evitando di poggiarlo direttamente sopra il pacemaker. Per quanto riguarda le procedure diagnostiche non esistono limitazioni assolute a Tac, radiografie ed ecografie. In caso di tecarterapia bisogna evitare l'apposizione diretta sulla cassa del generatore. Per quanto riguarda la risonanza magnetica nucleare (MRI) molti dei moderni Pmk sono MRI compatibili, tuttavia è sempre indicato consultare il proprio cardiologo di fiducia per verificare la compatibilità tra il tipo di risonanza magnetica ed il Pmk, che deve necessariamente eseguire la programmazione subito prima e subito dopo la risonanza magnetica. È invece controindicato l'utilizzo di saldatrici, martelli pneu-

matici o motoseghe, che possono produrre contrazioni muscolari ed interferenze elettromagnetiche che inibiscono il funzionamento del Pmk. Sono ammesse le procedure odontoiatriche e di igiene orale. Le procedure terapeutiche mediche o chirurgiche (ad es. litotrissia, elettrocauterizzazione, apparecchi acustici, ablazione con radiofrequenza, ossigenoterapia iperbarica) possono essere eseguite in sicurezza con l'adozione di specifiche precauzioni da parte del cardiologo, che dovrà verificare la presenza di ritmo cardiaco spontaneo o riprogrammare il dispositivo per garantire l'attività cardiaca e dare specifiche indicazioni sulle modalità da adottare. È pertanto consigliata la valutazione aritmologica in caso di qualsiasi procedura medica e chirurgica. Dal momento dell'impianto il paziente verrà sistematicamente sottoposto a controlli periodici del Pmk, volti a testare il corretto funzionamento, la presenza di eventi aritmici e la longevità della batteria. In media la vita di un Pmk dura dai 6 ai 10 anni, in base alla necessità del cuore. Sarà il medico ad informare il paziente quando arriva il momento della sostituzione, che viene effettuata in regime di day hospital.

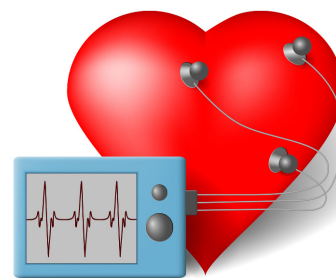
I consigli di un paziente con scompenso cardiaco

Angela Beatrice Scardovi,
Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

Il medico qualche mese fa mi ha detto che ho uno scompenso cardiaco. Ero andato da lui perché da un po' di tempo avevo le gambe gonfie e facevo fatica a respirare. Gli stessi sforzi che prima riuscivo a fare con disinvoltura gradualmente mi costavano più fatica e mi dovevo fermare. Per esempio a metà delle scale del primo piano dovevo arrestarmi per riprendere fiato. Il cardiologo mi ha spiegato che il mio cuore non pompa bene e che a causa di questo i liquidi che deve maneggiare tendono a ristagnare a monte della pompa cardiaca. Questo significa che l'affanno che ho è dovuto a congestione all'interno dei polmoni e le gambe gonfie dipendono dalla difficoltà delle vene che ritornano al cuore di scaricare il sangue. Lo scompenso cardiaco si può curare da una parte seguendo i consigli del medico e dall'altra comportandosi in un certo modo. Il cardiologo mi ha prescritto dei farmaci che servono per ridurre il gonfiore e l'affanno e questi sono soprattutto i diuretici, ma anche altri farmaci che migliorano la funzione di pompa del cuore. Questi hanno dei nomi complicati che non vi sto a ripetere, ma è molto importante seguire le prescrizioni ed il dosaggio giornaliero di ciascun farma-

co per poter ottenere un buon risultato. Ci sono poi delle regole da rispettare. L'eccesso di sale per esempio può comportare un ulteriore ristagno di liquido e affaticamento del cuore per cui occorre stare attenti a non assumere sale eccessivo nella dieta o ridurlo drasticamente se siamo abituati a mangiare salato. È bene tenere un diario delle proprie condizioni giorno per giorno riportando su un foglio il peso, misurato tutte le mattine nelle stesse condizioni, il numero dei battiti cardiaci e la pressione. Questi pochi adempimenti fanno sì che il cardiologo possa giudicare l'andamento dello scompenso cardiaco. Mi ha prescritto dei controlli periodici presso l'ambulatorio e degli esami del sangue che servono per verificare se i farmaci che prendo hanno effetti negativi su alcuni dati come per esempio i livelli di potassio e la funzione del rene. Quest'ultima si misura con un esame che si chiama creatinemia ed è espressione di quanto il rene riesce a filtrare. Poiché tutti i farmaci agiscono sia sul cuore che sulla circolazione in generale, questi controlli sono molto importanti. Per quanto riguarda l'attività fisica questa non deve essere fortemente limitata, ma deve essere fatta in maniera tale da

evitare di arrivare ad avere l'affanno. Attraverso piccole attività quotidiane, come passeggiate in pianura al passo che riesco a tenere, riesco a migliorare la mia capacità di lavoro. Ho verificato che se seguo queste poche raccomandazioni riesco a stare decisamente meglio. Di tanto in tanto il cardiologo mi chiede di fare un elettrocardiogramma ed un ecocardiogramma per verificare se il mio cuore sta funzionando meglio. Riassumo pertanto i provvedimenti da prendere: 1) farsi seguire regolarmente dal cardiologo e seguirne le indicazioni farmacologiche; 2) rispettare gli orari di assunzione dei farmaci consigliati; 3) praticare periodicamente gli esami del sangue per verificare l'efficacia e la sicurezza dei farmaci; 4) seguire alcune semplici regole di vita come evitare gli strappi fisici e psichici, fare piccole passeggiate quotidiane, controllare quotidianamente il peso corporeo, il numero dei battiti cardiaci e la pressione arteriosa; 5) Rispettare gli appuntamenti con lo specialista.



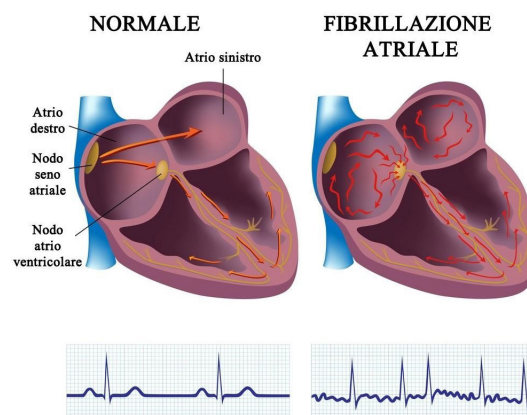
Con la fibrillazione atriale si può condurre vita normale

Martina Straito,
Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

La fibrillazione atriale è la forma più comune di aritmia cardiaca ed è più frequente negli uomini e negli anziani. Tra le altre patologie e condizioni ne favoriscono l'insorgenza le principali sono l'obesità, il diabete mellito, l'ipertensione arteriosa, la coronaropatia, l'ipertiroidismo e lo scompenso cardiaco. Questa aritmia può essere segnalata dalla presenza di sintomi, come la sensazione di battito irregolare e accelerato (palpitazioni), affanno, stanchezza e ridotta tolleranza all'esercizio fisico, oppure decorrere in modo del tutto asintomatico e rendere la diagnosi ritardata con conseguente aumento del rischio di complicanze quali lo scompenso cardiaco e la formazione di coaguli atriali (trombi). Se non prontamente diagnosticata, i trombi formati nel cuore possono spostarsi (embolizzare) e raggiungere gli organi periferici causando un'ischemia acuta (per esempio raggiungere i vasi del cervello causando un ictus cerebrale). Le terapie anticoagulanti attualmente disponibili, se prontamente somministrate, rappresentano un pilastro terapeutico fondamentale e permettono una riduzione del rischio di embolizzazione periferica di oltre il 70%. E' quindi cruciale una corretta ed immedia-

ta diagnosi al fine di iniziare immediatamente le terapie specifiche per la fibrillazione atriale. Pertanto, in caso di sintomi compatibili con l'aritmia, si raccomanda di contattare immediatamente il proprio medico per la diagnosi di conferma attraverso l'esecuzione di un elettrocardiogramma. Da pochi anni sono inoltre disponibili alcune applicazioni collegate ai dispositivi smartphone che sono in grado di rilevare se il ritmo cardiaco è irregolare e avvertire di una possibile fibrillazione atriale consentendo una diagnosi "domiciliare" dell'aritmia. Quest'ultima va, ad ogni modo, sempre confermata e integrata con un elettrocardiogramma convenzionale. Chi soffre di fibrillazione atriale, anche cronica, può condurre una vita normale e attiva e raggiungere una qualità di vita eccellente. Tuttavia diventano essenziali alcune raccomandazioni: 1.- sottoporsi a controlli cardiologici regolari; 2.- assumere regolarmente la terapia medica prescritta soprattutto la terapia anticoagulante; 3.- l'eventuale sospensione della terapia anticoagulante (per esempio per interventi chirurgici) va sempre concordata con il proprio cardiologo; 4.- eseguire periodici esami del sangue (ogni 3-6 mesi) per confermare il dosaggio della terapia

anticoagulante e prevenirne gli effetti collaterali; 5.- segnalare al proprio medico di fiducia la comparsa di eventuali effetti collaterali farmacologici, un peggioramento o la comparsa di nuovi disturbi; 6.- seguire regolare attività fisica consultando il proprio medico per discutere del livello di attività fisica; 7.- controllare il peso corporeo attraverso una dieta equilibrata per migliorare il successo delle terapie; 8.- abolire il fumo e ridurre il consumo alcolico; 9.- tenere sotto controllo tutti i fattori di rischio correlati alla fibrillazione atriale (per esempio la pressione arteriosa e il diabete). In conclusione, le terapie attualmente disponibili, in combinazione con una rapida diagnosi, regolari controlli cardiologici e alcuni cambiamenti dello stile di vita, possono ridurre il rischio di nuovi episodi di fibrillazione atriale e migliorare la qualità della vita dei pazienti che ne sono affetti.



Rianimazione da arresto cardiaco? Insegnarla anche a scuola guida

Antonio Cautilli,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

L'arresto cardiaco è un grave problema sanitario in Europa e nel mondo: secondo i dati diffusi dal ministero della salute, la morte cardiaca improvvisa uccide ogni anno in Italia 60mila persone, oltre 400mila in Europa. La sopravvivenza dopo un arresto cardiaco in ambiente extra ospedaliero è estremamente bassa ed è strettamente legata al fattore tempo ed alla presenza o meno di testimoni in grado di compiere le prime manovre rianimatorie nell'attesa che giungano i soccorritori professionali. In assenza di rianimazione cardiopolmonare, la probabilità di restare in vita si riduce di circa il 10% ogni minuto che passa. Il 70% degli arresti cardiaci avviene in presenza di testimoni, ma soltanto nel 15% dei casi vengono iniziate le manovre rianimatorie: l'inizio immediato della rianimazione cardiopolmonare (RCP) può raddoppiare o triplicare le possibilità di sopravvivenza della vittima. È quindi fondamentale sensibilizzare la popolazione ed educare il più alto numero possibile di persone alle manovre rianimatorie. E' auspicabile che tali manovre vengano inserite a breve nei programmi della scuola dell'obbligo; fin da piccoli si possono imparare le manovre di rianimazione: varie esperienze sul campo hanno di-

mostrato che già all'età di 4 anni i bambini sono in grado di iniziare sui manichini queste manovre e la scuola è la palestra migliore dove insegnarle. Tutti gli studenti andrebbero formati progressivamente negli anni, così da avere una società dove ognuno sappia cosa fare qualora fosse testimone di un arresto cardiaco. La solidarietà, l'altruismo, il curarsi del bene dell'altro sono valori fondamentali da insegnare ai bambini, fanno capire loro che pensare al benessere altrui fa bene al mondo ed a se stessi. Nell'attesa che ciò avvenga, ci si è posti la seguente domanda: perché in Italia non si insegnano le manovre di rianimazione alle lezioni di scuola guida? In 15 Paesi su 34, in Europa e Gran Bretagna, i cittadini sono obbligati a seguire un corso di BLS (Basic life support: supporto di base delle funzioni vitali) per ottenere la patente di guida di categoria B. L'European Resuscitation Council (ERC), ha recentemente invitato in un convegno al Parlamento Europeo tutti gli stati membri della Comunità Europea a fare campagne di sensibilizzazione nei confronti delle istituzioni per rendere obbligatoria la formazione BLS durante l'acquisizione della patente di guida B; solo in Italia, le persone che hanno conseguito la pa-

tente B sono state 591.877 nel 2022. L'obiettivo è che i corsi BLS diventino obbligatori per l'acquisizione della patente di guida in tutti i Paesi europei, aumentando così il numero di potenziali testimoni in grado di iniziare le manovre salvavita nelle vittime di arresto cardiaco. Insegnare la rianimazione cardiopolmonare è un obiettivo strategico a cui tutti noi dobbiamo mirare per migliorare la cultura della solidarietà. Oltre ai classici argomenti trattati dai docenti di scuola guida per poter superare l'esame teorico, gli studenti dovrebbero avere l'opportunità di imparare qualcosa di estremamente utile: potrebbero intervenire per salvare una vita avendo le competenze per farlo, acquisire così la patente per divenire "eroi...non per caso".



Incontra
un **Nuovo** leader
nell'imaging medicale
con una **gamma completa**
di prodotti
per la radiologia diagnostica
ed interventistica



Perchè e a quali condizioni il cardiopatico va in palestra

Antonella Rossetti,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

A fronte del diffondersi di procedure interventistiche mediante angioplastica anche in soggetti di età avanzata, ad elevato rischio cardiovascolare e in casi selezionati, sottoposti ad impianto di protesi valvolari aortica mediante tecniche TAVI, esiste un rischio di recidiva di eventi cardiovascolari dopo recente ricovero ospedaliero per sindrome coronarica acuta e/o scompenso cardiaco. Le linee guida di prevenzione cardiovascolare evidenziano il ruolo favorevole di un percorso riabilitativo cardiopolmonare nel raggiungimento di target terapeutici, aumento della tolleranza allo sforzo, miglioramento della qualità della vita e riduzione della mortalità cardiovascolare. L'Unità Operativa Complessa di Cardiologia del Santo Spirito dispone di un team multidisciplinare costituito da cardiologi, infermieri, fisioterapisti, psicologi, dietologi e di una palestra dedicata ai pazienti cardiopatici. In occasione della visita di controllo post-dimissione, il cardiologo - sulla base delle condizioni clinico-emodinamiche, rischio cardio-metabolico, obiettivi terapeutici, funzione contrattile cardiaca e rischio ischemico residuo - individua i pazienti che maggiormente possono beneficiare di un ciclo di riabili-

tazione cardiopolmonare nella palestra del Santo Spirito. Prima di poter accedere alla palestra è prevista stabilità clinica e una valutazione della capacità funzionale, ovvero la capacità del sistema cardiovascolare ad adattarsi allo sforzo fisico. Per tale motivo, i soggetti con cardiopatia ischemica e/o recente infarto miocardico trattato con angioplastica o con indicazione a terapia medica ottimale, eseguono un preliminare test ergometrico, mentre i soggetti con scompenso cardiaco eseguono un test del cammino e/o il test cardiopolmonare. Pertanto, nella palestra del Santo Spirito, il programma di esercizio fisico, viene modulato sulla base delle condizioni cardiovascolari del paziente e tenendo conto della frequenza cardiaca, raggiunta all'acme del test da sforzo o, in caso di scompenso cardiaco, sulla base dei metri percorsi al test del cammino e della frequenza cardiaca al massimo consumo miocardico di ossigeno di un test cardiopolmonare. Peculiarità della palestra è la presenza di personale infermieristico e fisioterapico che supervisiona, costantemente il paziente, la sua frequenza cardiaca, la pressione arteriosa e l'elettrocardiogramma, mediante monitoraggio con telemetria. L'attività fisica viene svolta con

esercizi di tipo calistenico, di resistenza e di tipo aerobico al cicloergometro, in modalità continuativa ad intensità moderata o con modalità interval, ovvero brevi fasi di allenamento ad intensità moderata, alternate a fasi a basso carico di lavoro, tenendo conto della frequenza cardiaca di allenamento, compresa tra il 70-85% della frequenza cardiaca massima raggiunta al test ergometrico o tra il 50-70% della frequenza cardiaca, raggiunta al test cardiopolmonare. Sulla base del monitoraggio continuativo è quindi possibile garantire un programma riabilitativo cardiologico completo, personalizzato e controllato. Ricordiamo che il beneficio ottenuto con l'esercizio fisico correla con la vasodilatazione indotta dall'ossido nitrico, in grado di aumentare il flusso dei vasi coronarici. Pertanto, la prescrizione di un ciclo di riabilitazione cardiologica nella palestra del Santo Spirito, migliora qualità delle cure, favorisce socializzazione, riduce ansia, depressione e migliora la prognosi.



“Ho trovato in palestra un nuovo stimolo di vita”

Sandro Persiani,
cardiopatico stabilizzato



Ho 85 anni e cinque anni fa ho avuto un evento cardiaco molto grave da cui sono uscito grazie ai medici della Cardiologia del S. Spirito. Al termine della degenza mi fu consigliato di frequentare la palestra di riabilitazione cardiaca dell'ospedale. Non avevo molta voglia di fare sport perché tendenzialmente sono anche curioso e quindi ho cominciato a frequentare la palestra. E' stata una scelta felice che ha inciso sulla mia salute, determinando gradualmente una ripresa e una funzionalità fisica che dopo tre mesi di degenza avevo totalmente perduto. Ma, oltre ai vantaggi cardiologici e fisici, ho trovato in palestra un nuovo stimolo di vita: mi sono ritrovato inserito in una comunità di persone diverse ma unite da un evento comune: un cuore ferito e riparato. Mi sono trovato così a vivere una situazione che mi ricordava la scuola, con compagni di classe uniti nel fare l'ora di ginnastica. Così, giorno dopo giorno, gli estranei sono diventati un gruppo di amici che si divertono molto a non prendersi sul serio, che si allenano scherzando (ma lavorano, eccome) e che alla fine dell'ora di palestra

si ritrovano al bar dell'ospedale per un caffè e per un deciso arrivederci alla prossima seduta. Già, la seduta in palestra. Prima i controlli medici di rito, poi per una mezzora attività a corpo libero, e infine altra mezzora di pedalata sulla cyclette. E qui, sulla cyclette, scatta una tacita rincorsa: ad aumentare il numero di watt, cioè il carico di sforzo, ma con prudenza, consapevole ciascuno delle proprie capacità e anche dei propri limiti. Le persone più importanti per noi pazienti? Anzitutto Angelita, la nostra infermiera, giovane e bella, responsabile della palestra, che ogni mattina ci controlla battiti e pressione, e segue sul computer le nostre pedalate sulle cyclette. Mai un nome fu più indovinato: è veramente un angelo con la sua dolcezza e le affettuose attenzioni che ha per ciascuno di noi. Non meno importante è il nostro allenatore, il fisioterapista Virgilio, un vero maestro che ha fatto di noi dei quasi atleti (!): energico, osservatore attento della condotta di ciascun paziente, e anche un vero amico sempre pronto ad un consiglio. Insomma, ama fare il suo lavoro, sa farlo molto bene e sa conoscere i suoi allievi. Ed è persino riuscito a farci partecipare alla Maratona dello scorso maggio, dove abbiamo fatto la nostra bella figura! Aggiungo la straordinaria iniziativa della

Montagnaterapia. Peccato che quest'anno l'appuntamento di giugno sia saltato, ma torneremo presto sul Terminillo. Negli anni passati è stata un'esperienza esaltante e anche divertente. Credevo che alla mia età salire in montagna sarebbe stato un flop e invece ce l'ho fatta insieme a tanti cardiosimpatici come me. Inoltre a volte uno/una specialista dell'ospedale tiene delle lezioni su argomenti specifici riguardanti le nostre malattie con suggerimenti terapeutici che sono sempre molto interessanti. Né posso dimenticare le visite mensili ai beni artistici di Roma, accompagnati dalla esperta guida Viviana, ed il periodico Cuore Amico che oggi (e sono assai grato dell'onore che mi si fa) ospita questa mia testimonianza. Tutto sotto la silenziosa e attenta operosità della nostra segretaria Carla Rossi. Al dunque, la palestra è diventata per me indispensabile come una medicina sia per il fisico che per lo spirito. Così come questi cari amici diversamente giovani che alleviano la mia solitudine con il loro affetto. Credetemi, questa esperienza che ho affrontato con scetticismo, mi ha donato molto nel vivere una nuova comunità e mi ricorda un motto - "vogliamoci bene che non costa niente" - purtroppo oggi poco usato. Grazie Santo Spirito, grazie Cuore Sano.

Cardiomiopatie ereditarie: la utilità del test genetico

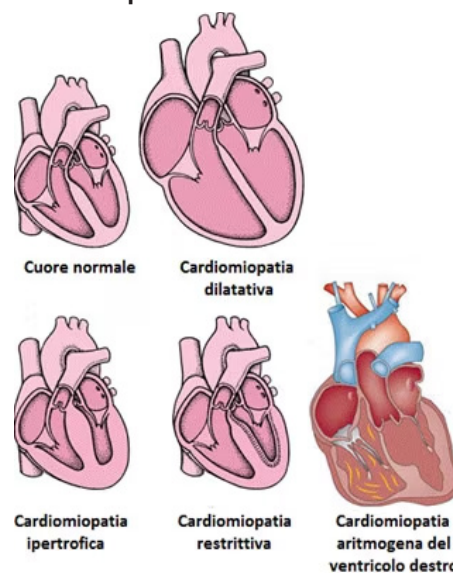
Domitilla Russo,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

Il test genetico è un'analisi del DNA che si effettua al fine di ricercare mutazioni correlate allo sviluppo di patologie ereditarie. In generale, i risultati dei test genetici sono utili nella diagnosi, nella prognosi e nella scelta terapeutica nelle malattie ereditarie. La loro esecuzione è indicata quando è presente una storia familiare di malattia genetica e, nello specifico nella sfera cardiologica, quando viene identificato un parente di primo grado (genitore, figlio/a, fratello/sorella) affetto da una patologia ereditaria del cuore. Queste malattie sono principalmente dovute a mutazioni su geni che codificano per proteine regolatrici del ritmo cardiaco e della contrazione miocardica. In quest'ultimo ambito rientrano le mutazioni correlate alle cardiomiopatie (ipertrofica, dilatativa, aritmogena). Tuttavia, in queste patologie la diagnosi non dipende puramente dai risultati del test genetico, ma, anzi, è clinico-strumentale e viene posta sulla base della storia familiare, dell'elettrocardiogramma, dell'ecocardiogramma e della risonanza magnetica cardiaca. Infatti, il test genetico va effettuato in un secondo momento e la percentuale di pazienti in cui viene riscontrata una mutazione varia dal 50 al 70% circa a

seconda della cardiomiopia. Il test può avere tre risultati: positivo, negativo o inconclusivo. Mentre i primi due casi sono intuitivi, "inconclusivo" vuol dire che è stata individuata una mutazione genetica, la quale però allo stato attuale dell'arte non è possibile classificare come benigna o correlata alla cardiomiopia. Se l'analisi risulta negativa, non significa che il paziente non presenta la malattia, ma che ad oggi non si conoscono tutti i geni responsabili della stessa. Invece, se il test è positivo, è utile per ricercare la medesima mutazione nei familiari per avviarli eventualmente ad un follow up cardiologico specifico e permettere una diagnosi precoce. Al momento non è possibile, in base al gene responsabile, predire il decorso della malattia, anche se è noto che chi presente due o più mutazioni genetiche è maggiormente predisposto a sviluppare una forma più grave ed aggressiva di cardiomiopia. La maggior parte delle cardiomiopatie viene trasmessa con modalità autosomica dominante per cui ogni portatore di una mutazione genetica ha il 50% di probabilità di trasmetterla alla prole. Il risvolto psicologico più complesso da gestire è quello legato al senso di colpa del genitore che tramite lo screening

genetico viene a conoscenza di aver trasmesso la mutazione al figlio affetto dalla patologia, pur essendo sempre stato asintomatico ed in buona salute. Questo non è uno scenario infrequente in quanto la manifestazione clinica delle cardiomiopatie è molto eterogenea, anche nell'ambito della stessa famiglia. Viceversa, se un figlio scopre di essere portatore della stessa mutazione di un genitore che presenta una forma severa di cardiomiopia, può essere condizionato nelle proprie scelte personali e familiari. In conclusione, il test genetico nelle cardiomiopatie è una indagine utile che però va effettuata quando richiesta dal proprio cardiologo curante, in presenza di una diagnosi precisa, in centri esperti e previa una consulenza genetica che illustri i possibili scenari e le possibili implicazioni dei risultati.



Il Counseling? Come l'infermiere interagisce e sostiene il paziente

Alessandra Sioni,

Funzione organizzativa ambulatori card. S. Spirito

Il paziente che si trova a dover affrontare un percorso all'interno di una struttura ospedaliera necessita talvolta, per affrontare le proprie paure e riuscire consapevolmente a fare i conti con la propria patologia, di un supporto psicologico ed emotivo, che solo una figura professionale esperta e preparata può offrire. Il Counseling (dal verbo inglese "to counsel" in italiano "consigliare") è una relazione d'aiuto, un incontro tra due persone, in cui una si rivolge all'altra in seguito ad un bisogno di sostegno, di orientamento, di sviluppo personale. L'approccio centrato sulla persona costituisce una vera e propria rivoluzione rispetto ai precedenti orientamenti psicoterapeutici, spostando l'attenzione dal problema all'individuo, dal superamento del sintomo alla risoluzione di problemi specifici in una considerazione positiva ed evolutiva della persona, capace grazie alle sue risorse interiori di procedere autonomamente verso la propria indipendenza e individualizzazione. Nei paesi nei quali il Counseling ha avuto e, come nel caso dell'Italia, sta avendo uno sviluppo sempre più importante, gli ambiti nei quali ha trovato applicazioni significative sono soprattutto quelli

sanitari, educativi e scolastici, sociali, carcerari, sportivi. Nello specifico nel campo sanitario, l'infermiere è uno dei professionisti che più di tutti interagisce con il paziente. Per questo nella struttura del S. Spirito la gestione del programma di educazione terapeutica è stata assegnata dal 2010 al personale infermieristico. Il Counseling applicato all'assistenza infermieristica è una forma di relazione di aiuto che richiede all'infermiere-Counselor un alto grado di empatia e dimestichezza nell'uso delle tecniche del colloquio utili per intraprendere un percorso mirato, che permetterà al paziente di affrontare consapevolmente e consciamente la propria patologia, sostenere la sua autonomia e l'autodeterminazione nella presa di decisioni. Le sedute di educazione terapeutica mirano ad educare il paziente alla gestione della malattia, spiegando l'importanza della terapia farmacologica, delle prescrizioni dietetiche, dell'adozione di stili di vita corretti, del monitoraggio periodico e alla modificazione dei comportamenti di rischio, favorendo un ottimale inserimento nella vita quotidiana, familiare e sociale, attraverso la conservazione ed il miglioramento della propria qualità di vita. Il Counseling infermieristico,

per sostenere i pazienti soprattutto nella gestione delle malattie croniche, si propone di utilizzare un percorso di educazione terapeutica, che possa coinvolgere il paziente motivandolo e facendogli accettare di essere protagonista della cura, favorire il suo processo di crescita attraverso l'emersione delle risorse personali, aumentando così il livello di autostima e di autoefficacia, perché sia in grado di far fronte alle questioni che la riguardano, e modificare alcuni dei comportamenti che possono influire sulla salute. L'educazione terapeutica ha, quindi, lo scopo di promuovere stili di vita sani, in collaborazione con la famiglia, attraverso un intervento che incrementi l'autoresponsabilità del paziente, e la piena coscienza che il suo comportamento è importante anche nel rallentare la progressione della malattia. E' importante quindi incentivare stili di vita corretti, che possano ridurre in maniera drastica l'incidenza di patologie come il diabete, certi tipi di tumore e ridurre il rischio delle patologie cardio-vascolari.



Come e quando l'uso (e soprattutto la gestione) del catetere vescicale

Enrico Leo,

Funzione organizzativa di coordinamento Utic e Emodinamica S. Spirito

Il catetere vescicale è un tubicino in lattice o silicone che viene introdotto in vescica attraverso l'uretra per favorire la fuoriuscita dell'urina all'esterno. Generalmente il suo utilizzo è richiesto per un breve periodo, ad esempio nei giorni successivi ad un intervento chirurgico complesso o a seguito di ritenzione urinaria acuta. Tuttavia alcune condizioni cliniche possono richiedere il suo utilizzo per un periodo più a lungo termine (monitoraggio della diuresi nei pazienti critici; interventi chirurgici sulle vie urinarie; pazienti che richiedono immobilizzazione prolungata; ...). Il posizionamento del catetere vescicale deve avvenire solo in presenza di una chiara necessità e indicazione clinica e deve essere rimosso appena possibile, poiché l'uso è associato ad un aumento del rischio di infezioni delle vie urinarie. L'incontinenza di per sé non costituisce un'indicazione al posizionamento del catetere. La ASL Roma 1 è da sempre molto attenta alla formazione del personale sanitario e per questo ha redatto e ultimamente aggiornato una procedura per la gestione corretta del catetere vescicale allo scopo di ridurre il rischio di infezioni. Infatti la maggior parte dei microorganismi che causano infezioni del tratto urinario legate alla cateterizzazione derivano dalla colonia batterica

già presente nei pazienti e nelle mani degli operatori coinvolti nella procedura di inserzione e successiva gestione del cateterismo. L'infermiere ha un ruolo centrale nella prevenzione delle infezioni delle vie urinarie associate all'uso del catetere ed è quindi fondamentale l'adozione di misure preventive idonee e di raccomandazioni basate esclusivamente su evidenze scientifiche. Negli ultimi anni molti sono stati gli studi condotti a livello internazionale che hanno aiutato a redigere linee guida sulla prevenzione delle infezioni delle vie urinarie correlate al cateterismo vescicale. È stato dimostrato, per esempio, che la sostituzione del catetere vescicale o della sacca di drenaggio, di routine o ad intervalli fissi prestabiliti non è raccomandata. I cateteri vescicali e le sacche di drenaggio dovrebbero, invece, essere sostituiti sulla base di un'indicazione clinica come la presenza di un'infezione, di una ostruzione o quando il sistema di drenaggio risulta essere compromesso. Infatti non esistono evidenze a supporto della sostituzione del catetere vescicale con cadenza mensile rispetto alla necessità data solo dall'indicazione clinica; inoltre non vi sono sufficienti evidenze che raccomandino né l'utilizzo di una soluzione antisettica durante la procedura di posizionamento, né una profi-

lassi antibiotica, né tantomeno la pratica di eseguire ginnastica vescicale prima della rimozione del catetere vescicale. Va ricordato, inoltre, che bisogna prestare molta attenzione che il flusso dell'urina non sia impedito da attorcigliamenti del tubo di connessione tra il catetere e la sacca. La sacca di drenaggio, per finire, va posta sotto il livello della vescica e va agganciata al letto e non va posta, mai, a terra. In tutti i casi in cui il catetere vescicale non è strettamente necessario vanno privilegiati metodi alternativi, in particolare per il monitoraggio delle urine e per l'incontinenza (utilizzare il condom per gli uomini).



Scrivi a Cuore Amico

Perché la cannabis viene usata in medicina



Vuole spiegarmi come e perché la cannabis – che fa di tanti giovani dei drogati – viene usata anche dai medici e, mi dicono, con effetti curativi? Grazie, G.F.

La cannabis stativa è una pianta contenente numerosi principi attivi, tra i quali il tetraidrocannabinolo (THC) che è una sostanza naturale con potenti effetti sull'organismo umano. L'impiego a scopo medico dei farmaci derivati sintetici dei cannabinoidi è legale in diversi stati. In Italia è disponibile il nabiximols fra i tanti esistenti. Questi farmaci sono indicati per il trattamento di nausea e vomito provocato da chemioterapia, per stimolare l'aumento di peso corporeo in pazienti affetti da patologie croniche come HIV e tumori, sclerosi multipla. Può essere prescritta anche per malattie reumatiche (artriti, osteoartrosi, fibromialgia) o neuropatie. Sono in fase di studio un'ampia gamma di applicazioni cliniche per questi farmaci, quali glaucoma (per ridurre la pressione intraoculare), lesioni del capo, sindrome di Tourette (per ridurre i tic, movimenti rapidi ed involontari tipici di questa malattia), malattia di Parkinson (per ridurre i movimenti involontari come effetto avverso della L-dopa).

La progressiva legalizzazione a scopo medico ha portato ad un aumento dell'uso di cannabis e cannabinoidi sintetici negli ultimi anni. La maggior parte dei consumatori sono giovani e sani, senza fattori di rischio cardiovascolare; tuttavia, questa popolazione include anche individui più anziani e/o cardiopatici. Pertanto, vi sono preoccupazioni in merito alla sicurezza e ai potenziali effetti avversi a breve e lungo termine, in particolare nei gruppi più vulnerabili. Diversi studi dimostrano che la cannabis potrebbe essere collegata a trombosi, infiammazione e aterosclerosi, e molti rapporti hanno associato l'uso di cannabis e cannabinoidi sintetici a gravi complicanze cardiovascolari, tra cui infarto miocardico, cardiomiopatia, aritmie, ictus e arresto cardiaco. Un ruolo causale chiaramente definito non può però essere chiaramente dimostrato, a causa di variabili confondenti. I medici devono diventare consapevoli del possibile spettro delle presentazioni cliniche, non solo per una diagnosi e un trattamento tempestivi, ma anche per un counseling e una prevenzione efficaci perché la cannabis terapeutica non è scevra da inefficacia e da effetti collaterali a livello sistemico come tutte le altre molecole. Inoltre i soggetti con profilo psicologico

fragile con storie ed atteggiamenti compulsivi costituiscono un alert nella prescrizione. Per questo è necessaria cautela e uno scrupoloso monitoraggio relativo all'aderenza terapeutica in particolare per i dosaggi prescritti. I Cannabinoidi, inoltre, se introdotti per inalazione con la combustione delle foglie e delle infiorescenze essiccate della pianta, provocano un senso di benessere (euforia), l'aumento della stima in se stessi e sensazione di rilassamento. Questi effetti sono desiderati da chi fa un uso "ricreativo" di queste droghe ma, frequentemente, provocano anche cambiamenti dello stato d'animo accompagnati da alterazioni della percezione sensoriale. Le distanze possono apparire più grandi e gli intervalli di tempo possono sembrare più lunghi di come sono in realtà (pericolo nella guida di veicoli). Gli effetti del fumo per periodi di tempo prolungati o l'uso di forti dosi è considerato dannoso. Tra le caratteristiche dei consumatori abituali sono state descritte apatia, perdita dell'abilità nel pensare in maniera logica, occasionale comportamento bizzarro e calo della memoria a breve termine, aumento di casi di schizofrenia e casi di suicidio (specialmente nei soggetti predisposti).

Alessandro Carunchio

5 X MILLE A CUORE SANO

È cominciata la stagione della dichiarazione dei redditi. C'è tempo per farla, ma segnatevi subito il numero del codice fiscale dell'Associazione Cuore Sano

96255480582

Grazie al vostro sostegno ha potuto e può sostenere tante iniziative importanti: dalla palestra alla Montagnaterapia, dalle visite culturali a questo giornale.

Il 5 X mille non vi costa nulla!

È lo Stato che lo destina all'organismo che voi segnalate. E per noi è un grande dono.

Pillole di salute

QUANTI BICCHIERI DI VINO?

Nutrizionisti e medici suggeriscono di bere moderatamente: due bicchieri al giorno per gli uomini, un bicchiere per le donne, sempre in coincidenza con i pasti. Già, ma che cosa si intende per bicchiere? Quale è la dose? La base di calcolo è l'Unità Alcolica: per bicchiere di vino si intendono 125 ml di liquido che contengono 12 gr di etanolo e costituiscono 1UA. Bianco o rosso? Gli esperti sono divisi: meglio il rosso sostiene la maggioranza: esso contiene non solo il conosciuto resveratrolo ma anche il piceatannolo, un polifenolo con proprietà antiossidanti molto accentuate. Un epidemiologo americano è di parere opposto: il bianco "con le bollicine" contiene idrossitirosole, potentissimo antiossidante.

GLI EFFETTI DEL LONG COVID.

Uno studio pubblicato sull'autorevole Jama Internal Medicine analizza a fondo i fattori di rischio associati al long covid. Oltre alle persone che hanno avuto una forma grave della malattia, hanno una maggiore probabili-

tà di esserne vittime le donne, i soggetti obesi, i fumatori, quanti soffrono di altre patologie.

FIUMI DI TONNO IN SCATOLA.

È la seconda tipologia di pesce più consumata in Italia. Rispetto al tonno fresco perde una parte degli omega 3, sia nella versione con olio e sia in salamoia. Ma fornisce comunque dosi rilevanti di vitamina D e di proteine: un etto ne contiene più di una porzione di carne di manzo.

PIU' RUMORE, PIU' IPERTENSIONE.

Dalla Cina una prova concreta della relazione tra rumore del traffico e ipertensione. Già due anni fa la Società europea di cardiologia aveva inserito il rumore eccessivo e l'inquinamento tra gli elementi che vanno modificati per ridurre i rischi di ipertensione. Ora una inchiesta internazionale guidata dall'Università di Pechino fornisce la dimostrazione che se si vive o lavora vicino a strade trafficate il rischio aumenta con l'aumento della quantità e intensità del frastuono. Per otto anni sono stati seguiti 240mila volontari tra i

40 e i 69 anni che in partenza non soffrivano di ipertensione. Più questi soggetti vivevano tra i rumori, e più essi erano intensi, più i valori pressori aumentavano oltre la norma. C'è dunque ora una base scientifica che mette in evidenza i pericoli dell'inquinamento acustico.

LE VITTIME DEL CALDO.

La scorsa estate ha fatto registrare un 21% in più di decessi provocati dal grande caldo. Il dato è fornito dal ministero della Salute con un altro: le più colpite sono state le persone con oltre 65 anni di età.

IL SALE NASCOSTO.

Quando si raccomanda di non consumare più di un cucchiaino di sale al giorno (tra 5 e 6 grammi) non bisogna pensare solo a quello che si mette nell'acqua della pasta o su una bistecca. Anche quasi tutti i tipi di pane ne contengono, e i salumi, i formaggi, i cibi in scatola, la maionese o il ketchup o la salsa di soia. Fare attenzione anche al glutammato, ovvero ai "dadi": uno da 10 gr. ne contiene 5 di sale...

Ridurre i rischi cardiovascolari



Preservare la qualità della vita

Science For A Better Life



www.bayer.it