

CUORE AMICO

Periodico
dell'Associazione
Cuore Sano
in collaborazione con la
UOC Cardiologia
del Santo Spirito
XXVIII n. 1
gennaio - marzo 2025

**I TRENT'ANNI
DI "CUORE SANO"**

**UN PRONTO SOCCORSO
NUOVO DI ZECCA
ARRESTO CARDIACO
E ATTACCO DI CUORE**

*Simulare uno sforzo
usando un farmaco*

*Cos'è la sincope
e come evitarla*

*Per evitare le attese
40 miliardi ai privati*

2025

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



TC
&
Emodinamica



Risonanza
Magnetica



Radiologia
Interventistica
e Terapeutica



Soluzioni
e Servizi
per l'Imaging

Guerbet | 
Contrast for Life

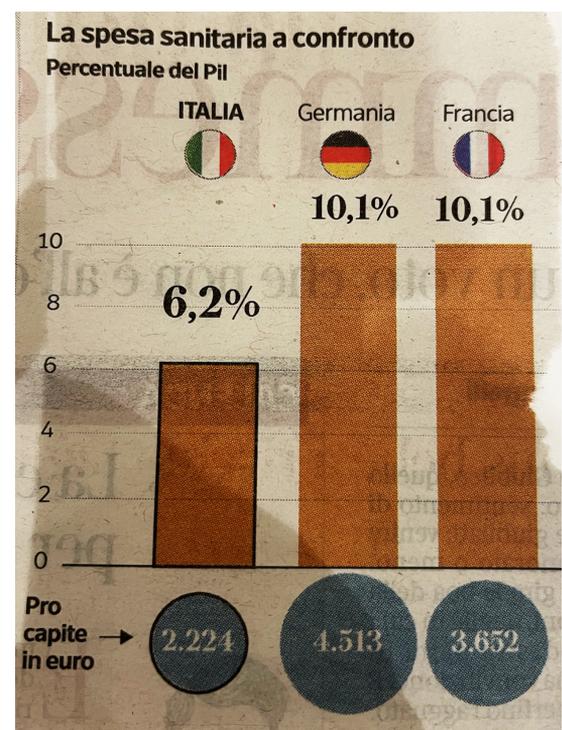
Servizio sanitario sempre più povero I pazienti pagano 40 miliardi ai privati

Emergenza sanità: l'anno scorso quasi sempre per motivi economici 4,5 milioni di italiani hanno rinunciato alle cure, il 7,6% della popolazione contro il 6,3 del 2019 (dato Istat); i finanziamenti alla sanità pubblica crescono meno della spesa (Ufficio parlamentare di bilancio); e infatti la spesa sanitaria pubblica si assesta quest'anno al 6,04% del pil, e scenderà ancora negli anni a venire sino al 5,9% del 2027, minimo storico. In Germania e Francia la spesa pubblica è al 10,1%. In soldoni: la spesa pro-capite è di 2.224 euro/anno da noi, più del doppio in Germania (4.513), un po' meno in Francia (3.652). Naturalmente il privato guadagna sulle spalle del pubblico: l'importo della spesa sanitaria privata è salita del 7% a 46 miliardi dei quali 41 miliardi sostenuti direttamente dai cittadini e solo la quota residuale è a carico delle assicurazioni. Insomma la salute non è più un bene supremo (ma lo è mai stata da molti anni a questa parte?) da tutelare secondo il dettato costituzionale ma sempre più merce da vendere e comprare. Una pericolosa involuzione che spiana la strada a una sanità regolata dal libero mercato dove le prestazioni rischiano di essere sempre più accessibili solo a chi potrà pagare di tasca

propria o avrà sottoscritto costose polizze assicurative (già, ma se poi mi viene un infarto addio polizza...). Qualche mese fa l'autorevole Fondazione Gimbe aveva lanciato una parola d'ordine sempre più attuale: "Salviamo il nostro Servizio Sanitario Nazionale", quel servizio che dovrebbe garantire a tutti pari condizioni, in particolare per le fasce più deboli, gli anziani, i fragili, chi vive nel Sud e nelle aree interne e più disagiate. Il bilancio statale, non discusso a Natale (colpi di fiducia che hanno bloccato ogni dibattito reale), ha confermato l'arretramento delle politiche sanitarie pubbliche. Non meno rilevanti le responsabilità di una parte delle Regioni nella gestione dei Livelli essenziali di assistenza che dovrebbero essere garantiti a tutti. Gli standard sono stati rispettati da 13 regioni su 20, con un divario marcatissimo tra Nord e Sud: le uniche regioni meridionali che hanno rispettato i Lea sono Puglia e Basilicata, ma in fondo alla classifica. A proposito di regioni c'è un altro dato allarmante: le migliaia di pazienti che da Sicilia e Sardegna come dal Mezzogiorno continentale emigrano verso il Nord nella speranza di cure migliori in ambienti migliori: i cosiddetti viaggi della salute

sono costati alle regioni del Sud 12 miliardi nell'ultimo decennio. Diseguaglianze regionali su cui incombe - ha ricordato la Fondazione Gimbe - lo spettro dell'autonomia differenziata che legittimerà tali divari. P.S. Vi ricordate un paio di mesi fa il concerto di trombe con cui il governo salutò il proprio decreto con cui si assicurava l'abolizione delle liste di attesa? Due mesi dopo, con il bilancio 2025, si è scoperto che non un euro, uno solo, è stato stanziato per coprire le spese di quel decreto.

by courtesy Corriere della Sera



Macchine obsolete per le diagnosi? Tante, ma al S. Spirito tutte rinnovate



Mammografie, risonanze magnetiche, tac, acceleratori, tutti gli strumenti necessari per gestire le analisi e le cure del cardiopatico. Se gli strumenti hanno più di dieci anni, c'è il rischio di diagnosi e cure meno precise. Una inchiesta ha accertato che in molti casi i macchinari sono vecchi e vanno sostituiti. Non è il caso dell'Ospedale S. Spirito dove tutti i macchinari obsoleti sono stati sostituiti e quindi è garantita la ottimizzazione degli esami diagnostici. Ma il problema della vetustà di quelle che sono definite "grandi apparecchiature" è rilevante, tenendo conto - dati

del ministero della Salute in collaborazione con l'Associazione degli ingegneri clinici - che questi vengono utilizzati per svolgere ogni anno qualcosa come oltre 65 milioni di prestazioni, di cui il 58% negli ospedali pubblici e il 42% nelle strutture private convenzionate con il Servizio sanitario nazionale. Il problema è appunto l'età delle macchine. Qualche esempio particolarmente rilevante. Mammografie: se ne contano 1,6 milioni l'anno. Le macchine sono 2.040. Ebbene, il 29% ha dai 10 anni in su. Risonanze magnetiche: se ne fanno 4,6 milioni l'anno con 1.937 macchinari. Purtroppo il 44% di essi ha un'età dai 10 anni in su. Acceleratori lineari: nel giro di un anno si svolgono 6 milioni di sedute con 393 acceleratori. E qui la percentuale di vetustà è ancora più alta: 46%. Il percentuale di vecchiaia delle macchine è praticamente uguale tra pubblico e privato: una su tre è obsoleta. Va aggiunto che un miglioramento è in corso: nelle strutture pubbliche il rinnovo delle apparecchiature è iniziato grazie ai fondi del Pnr (1,2 miliardi) e nel primo quadrimestre del 2024 c'è stato un ricambio di circa 300 macchinari (inclusi nei numeri sopra riportati). "Nel privato accreditato

- che mira al profitto e deve metterci soldi suoi, sottolinea il Dataroom del Corriere della Sera - le grandi apparecchiature sostituite nello stesso arco di tempo sono state 164. Si sbaglia chi pensa che facendo un esame a pagamento vengano utilizzati strumenti di ultima generazione: la diagnostica viene fatta con l'apparecchiatura disponibile in quel momento". Eppure nella diagnosi di una malattia, soprattutto se essa è grave, il livello di precisione del macchinario (e quindi la sua modernità) può fare la differenza. La sostituzione delle "grandi apparecchiature" può rendersi necessaria per l'usura dovuta all'età - il criterio dei dieci anni -, alle modalità di utilizzo, il numero dei guasti, lo sviluppo di tecnologie più all'avanguardia. Occorre dunque valutare quando le attrezzature in là con gli anni espongono il paziente a diagnosi meno precise. Nella Cardiologia del S. Spirito tutte le attrezzature sono al livello più moderno: dal tapis roulant e cyclette all'elettrocardiogramma, dall'holter all'ecocardiogramma, dall'ecocolor Doppler ai delicatissimi strumenti in uso nel reparto di emodinamica. E così pure le attrezzature di eventuale supporto alla cardiologia esistenti negli altri reparti dell'ospedale.

Operativo il nuovo Pronto soccorso del S. Spirito: un nucleo tecnologico

Maria Paola Saggese,

Direttore UOC Pronto soccorso e Medicina d'Urgenza S. Spirito



Nel cuore pulsante del SSR, l'importanza di un ambiente adeguato per il benessere dei pazienti e degli operatori non può essere sottovalutata. Un setting ben progettato migliora l'efficienza delle cure e favorisce un ambiente di lavoro più sereno e produttivo per il personale sanitario. Gli operatori, immersi in un contesto che supporta la loro attività quotidiana, riescono a dedicarsi con maggiore attenzione e dedizione ai pazienti, che a loro volta beneficiano di un'accoglienza più umana e di cure più personalizzate. Il Presidio Ospedaliero Santo Spirito di Roma della ASL Roma 1, situato vicino a Piazza San Pietro, nasce nel 727 per l'accoglienza e la cura dei pellegrini che giungevano a Roma per visitare la tomba di Pietro. Nel 1198 ad opera di Papa Innocenzo

III fu adibito ad Ospedale e, quindi, si è preparato ad essere il fulcro dei pellegrini per le celebrazioni del Giubileo del 2025. Questo evento non solo attrae fedeli da tutto il mondo, ma porta anche con sé una serie di sfide sanitarie, pronte ad essere affrontate grazie a un'infrastruttura all'avanguardia. La ristrutturazione del nuovo Pronto soccorso presso il Santo Spirito segna un passo importante verso l'innovazione e l'efficienza. All'interno di questo spazio, la tecnologia gioca un suo ruolo. Non si tratta solo di monitoraggio avanzato dei pazienti, ma di un ecosistema tecnologico integrato che include sistemi di comunicazione rapida, diagnostica di precisione e gestione intelligente delle risorse. Un aspetto fondamentale è il controllo del microclima, che assicura un ambiente confortevole e sicuro per pazienti e operatori. Grazie a sofisticati sistemi di ventilazione e climatizzazione, la temperatura e l'umidità sono costantemente regolate per ottimizzare il benessere e ridurre il rischio di infezioni. Ma le novità non finiscono qui: il Pronto soccorso è in fase di ulteriore ampliamento al fine di migliorare l'accesso alle cure e consentire agli operatori di svolgere la loro attività in modo più efficiente, riducendo lo stress.

L'inaugurazione, avvenuta il 23 dicembre 2024, è stata effettuata alla presenza del Presidente della Regione Lazio Francesco Rocca, del Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria Andrea Urbani, del Direttore Generale della ASL Roma 1 Giuseppe Quintavalle, del Questore di Roma Roberto Massucci e tante altre figure istituzionali di spicco. Tutti, nelle loro diverse responsabilità, sono impegnati nella tutela del cittadino, con collaborazione continua nel rispetto delle specifiche competenze. L'evento giubilare del 2025 sarà un momento di unione e riflessione. Sarà anche l'occasione per riconoscere il duro lavoro di chi ha reso possibile questa trasformazione e per ribadire l'impegno verso un sistema sanitario più umano e accessibile. Un futuro in cui il benessere dei pazienti e degli operatori è al centro di ogni decisione, un futuro che inizia oggi, sotto il segno dell'innovazione e della collaborazione.

Cos'è la sincope e come evitarla

Giovanna Giubilato,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

La sincope (S.) è una perdita di coscienza spontanea e breve, seguita da un recupero rapido e completo. Il soggetto sviene perché si interrompe temporaneamente l'afflusso di sangue al cervello. Per generare una perdita di coscienza sono sufficienti 6-8 secondi di interruzione del flusso o una riduzione della pressione sanguigna cerebrale di 30-45 mmHg. Si stima che fino al 40% della popolazione sperimenti un episodio sincopale nel corso della vita. La S. è più comune tra adolescenti e anziani, ma può colpire persone di tutte le età. Non tutte le S. sono di origine cardiovascolare. Esistono perdite di coscienza dovute a epilessia o disturbi psicogeni. Le cause della S. si dividono in tre categorie principali:

- S. riflessa (o neuromediata): è la forma più comune. Si verifica quando il sistema nervoso invia segnali che rallentano il cuore e abbassano la pressione sanguigna, riducendo il flusso di sangue al cervello.
- S. cardiaca: causata da problemi al cuore, come aritmie o ostruzioni al flusso sanguigno. Sebbene meno comune, questa forma può essere pericolosa e richiede valutazione medica urgente.
- S. ortostatica: si verifica quando una persona si alza troppo velocemente, abbas-

sando temporaneamente la pressione sanguigna. Può essere legata a disidratazione, farmaci o disturbi neurologici. Molte persone avvertono segnali premonitori prima di svenire: vertigine, sudorazione, visione offuscata, nausea o debolezza generale. Riconoscere questi sintomi può aiutare a prevenire una caduta grave. In caso di sintomi, è consigliabile sedersi o sdraiarsi per favorire il ritorno del sangue al cervello. Gli strumenti diagnostici del medico per identificare la causa dello svenimento sono diversi, ma comprendono sempre l'anamnesi, l'esame obiettivo con misurazione della pressione e l'elettrocardiogramma. Altri test includono il Tilt Test, l'holter o l'impianto di un loop recorder. Non tutte le S. sono gravi. Il medico deve identificare rapidamente la causa, perché il trattamento dipende da essa. Se non è possibile identificare la causa, il medico deve valutare se si tratta di un episodio a basso, medio o alto rischio, in base a parametri come le circostanze in cui è avvenuta la perdita di coscienza. Le S. precedute da palpitazioni, quelle che avvengono durante sforzo o quando si è distesi, quelle associate a dolore al petto, mal di testa intenso o dolore addominale, o quel-

le che causano traumi, sono considerate ad alto rischio e richiedono il ricovero per ulteriori accertamenti. Il trattamento dipende dalla causa:

- S. riflessa: generalmente non necessita di trattamenti specifici. Cambiamenti nello stile di vita (come evitare i trigger e mantenersi idratati) possono essere utili.
- S. ortostatica: può essere gestita aumentando l'assunzione di liquidi e sali, e modificando i farmaci, se necessario.
- S. cardiaca: potrebbe richiedere interventi come l'impianto di un loop recorder, pacemaker o defibrillatore.

Per ridurre il rischio di sincope, è consigliabile evitare di stare troppo a lungo in piedi senza muoversi, bere abbondantemente (specialmente in climi caldi), alzarsi lentamente da una posizione seduta o sdraiata, e riconoscere i segnali premonitori per agire rapidamente. La S. è un evento comune che, nella maggior parte dei casi, non è pericoloso. Tuttavia, è fondamentale riconoscere i sintomi e consultare un medico per escludere cause più gravi. Con una diagnosi accurata e le giuste precauzioni, la condizione può essere gestita efficacemente.

Trent'anni anni insieme per un sano

Attilio Lombardo,

Vicepresidente dell'Associazione Cuore Sano



Alla vigilia del Natale si è svolto, presso la sala S. Spirito, il consueto scambio di auguri dell'Associazione Cuore Sano APS; una festosa riunione che quest'anno aveva un valore doppio perché ha coinciso con il festeggiamento dei 30 anni dall'inizio di attività di Cuore Sano. L'evento si è svolto in un clima di massima serenità e cordialità alla presenza dei tanti soci ed amici del sodalizio, e resa ancor più accogliente da una mostra fotografica, che ha fatto rivivere ricordi e momenti di gioia vissuti nel corso di questi anni da parte di tutti gli associati. La serata ha avuto tanti momenti di spettacolo con musica dal vivo dell'Acoustic Lane e Bianca Maria Castelli, interpretazioni teatrali dei "Quoriscassati" con il duo Messina-Sbordoni, l'esibizione dei ballerini della scuola Royal Dance e la presentazione dei video commemorativi realizzati da Marzia Montini. Toccante e significativo è stato l'omaggio alla nostra "ragazzina peperina", l'amica e socia Maria Fontanarosa, che ha superato il traguardo dei 90 anni (ancora complimenti). Ovviamente, non potevano

manca gli attesi e sempre apprezzati interventi del presidente dell'Associazione e del primario della Cardiologia dott. Ricci. Il dott. Alessandro Carunchio, in qualità di presidente, ha rivolto un caloroso benvenuto a tutti i presenti, offrendo un esaustivo consuntivo delle attività poste in essere nel 2024 dall'Associazione ed in particolare ha voluto rivolgere un sentito ringraziamento al Comitato tutto, ed in particolare a MR Sbordoni e Antonio Virgili, nuovi ma già molto attivi membri del comitato. Un caloroso ringraziamento è poi andato ad un simbolo dell'Associazione stessa, Carla Maria Rossi, che dopo 15 anni ha lasciato il suo ruolo di segretaria di Cuore Sano per passare nei ruoli della ASL Roma 1. Nel suo mirabile intervento il dott. Ricci ha ripercorso brevemente la storia dei 30 anni dell'Associazione, ricordando, con comprensibile commozione, l'indimenticabile fondatore prof. Ceci. Un ringraziamento è andato anche a Giorgio Frasca Polara, direttore (dalla fondazione) di Cuore Amico che ha reso il giornale, nel tempo, sempre più attuale, differenziato e completo con aggiornamenti e notizie dell'Associazione. Per non dimenticarci dell'anno che verrà, non è mancato uno sguardo ai futuri progetti come quello del corso della Coerenza Cardiaca Consapevole, un vero fiore all'occhiello per Cuore Sano

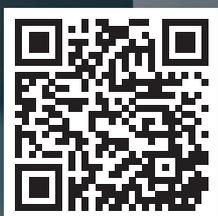
e la Cardiologia del S. Spirito, che partirà a metà gennaio 2025 a cura della Dottoressa Lucia Duro. Al termine del suo intervento ha dato risalto alla maglietta commemorativa dei 30 anni realizzata per tutti i soci. Nel raccontare, con queste poche righe, la Nostra festa a chi non è potuto intervenire, non posso esimermi dal dire che c'è stata anche l'estrazione dei "Numeri del Cuore", una serie di premi offerti dai nostri amici medici a Cuore Sano, tutti incentrati sul controllo della nostra salute e sul benessere fisico, comprese le consumazioni al Wine Bar dei Penitenzieri. Chi era presente penserà che ho ommesso una citazione. Assolutamente no, eccola: ci siamo potuti deliziare con la performance del piccolo Giorgio Viani, così giovane ma che ha affrontato con coraggio, sicurezza e disinvoltura il palcoscenico per recitare a memoria Trilussa. La sua graditissima presenza, ha rappresentato un messaggio di speranza e di futuro per l'Associazione e di questo ringraziamo sentitamente i suoi genitori. Buon 2025.



Una immagine della serata. In alto a sinistra, anche il primario dott. Ricci ha la sua maglietta del trentennale.

Crediamo nella parità per fare la differenza

Perché non esiste progresso
senza equità, anche nel lavoro.



Siamo un'azienda certificata per la parità
di genere. Consulta la nostra politica di parità
su [boehringer-ingelheim.it](https://www.boehringer-ingelheim.it)

Life forward

La Coerenza cardiaca consapevole e il ruolo nella Cardio-riabilitazione

Lucia Duro,

Dirigente medico Uoc Cardiologia. S. Spirito

Le alterazioni del sistema nervoso autonomo nella patogenesi delle patologie cardiovascolari è sempre più riconosciuto, con studi che rivelano correlazioni tra squilibrio simpatico-parasimpatico e infarto miocardico, insufficienza cardiaca, fibrillazione atriale e ipertensione arteriosa. Una delle strutture nervose maggiormente coinvolte nello squilibrio è il nervo vago, composto per circa il 75 -80% di fibre parasimpatiche ascendenti dal cuore al cervello e che svolge un ruolo cruciale nella salute dell'apparato cardiovascolare, dei sistemi nervoso, ormonale e immunitario. Numerosi studi hanno dimostrato che adottare tecniche di rilassamento che favoriscono l'attività del nervo vago, durante il percorso di riabilitazione cardiovascolare, migliorano notevolmente il recupero fisico dei pazienti dopo un evento cardiaco acuto. Da gennaio di quest'anno la riabilitazione cardiovascolare della Cardiologia del S. Spirito ha integrato nelle sue attività il corso di Coerenza cardiaca consapevole, un percorso che abbina tecniche di respirazione consapevole a

posture del corpo (asana) che hanno lo scopo di riarmonizzare il sistema nervoso autonomo, ottimizzando l'Heart Rate Variability, un parametro che riflette le interazioni dinamiche tra il sistema nervoso simpatico e parasimpatico. Lo scopo della coerenza cardiaca e degli asana è quello di favorire il ripristino delle migliori condizioni psico-fisiche possibili, acquisendo un nuovo livello di consapevolezza della condizione clinica nella quale il paziente verte, per raggiungere il miglior livello di autonomia possibile. Il programma prevede, infatti, l'acquisizione di tecniche di respirazione e di asana, che il paziente può applicare autonomamente e in sicurezza anche a casa, riacquisendo fiducia nel proprio corpo e nelle proprie sensazioni, accompagnato e supportato non solo dal punto di vista prettamente clinico ma anche emotivo. Per aumentare la curva di apprendimento delle tecniche e il livello di coinvolgimento di ogni partecipante, il percorso è stato strutturato in due classi che includono 10-12 pazienti ciascuna, con cadenza settimanale, per tre

mesi consecutivi. Le lezioni introduttive al percorso di Coerenza cardiaca consapevole, svolte a novembre e dicembre 2024, hanno suscitato grande interesse da parte dei pazienti, ampliando la visione della Riabilitazione Cardiologica. L'obiettivo è favorire la resilienza globale del paziente -fisica, mentale ed emotiva- considerando l'interconnessione tra queste dimensioni.



La “Malattia Fabry”: patologia genetica ereditaria che potrebbe colpire il cuore

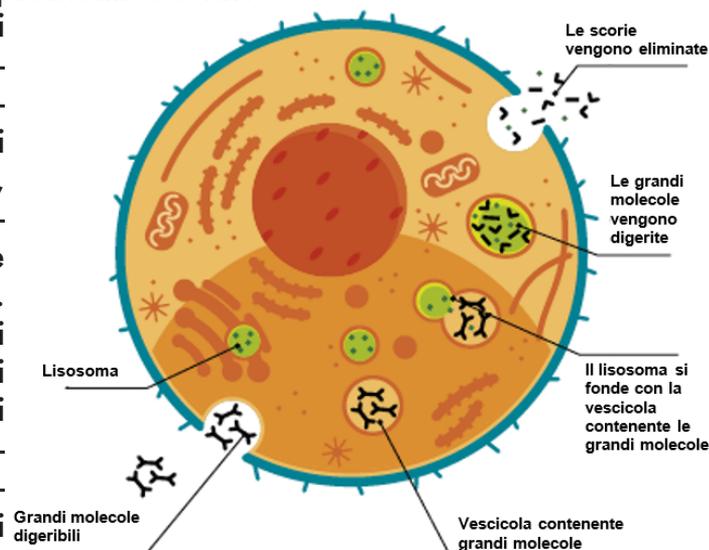
Chiara Lanzillo,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

La Malattia Fabry è una malattia genetica ereditaria rara da accumulo lisosomiale che può interessare ambo i sessi di qualsiasi età, causata da un deficit di un enzima, l'alfa galattosidasi A, un enzima presente all'interno di piccoli organuli cellulari (i lisosomi), deputati allo smaltimento di prodotti di degradazione (glicolipidi). Questa malattia genetica ereditaria è un disordine progressivo, in quanto può progredire con il passare del tempo. La Malattia di Fabry può causare una serie di problemi di salute e una varietà di sintomi che coinvolgono organi diversi. Inoltre, è possibile che siano presenti danni agli organi anche in assenza di sintomi evidenti. La Malattia di Fabry è una malattia genetica legata al cromosoma X. I maschi con il gene difettoso lo trasmettono a tutte le loro figlie e a nessun figlio maschio. Le donne portatrici del gene con la variante hanno una probabilità del 50% ad ogni gravidanza di passare il gene a ciascuno dei propri figli. Poiché le femmine hanno due cromosomi X in ogni cellula, i sintomi della Malattia di Fabry possono essere più variabili e talora meno gravi nella donna rispetto all'uomo. Tuttavia può esserci anche nel-

la donna un coinvolgimento d'organo importante e complicanze potenzialmente letali possono svilupparsi anche nelle donne che presentano una sintomatologia più lieve. La M. di A. Fabry è una malattia sistemica che può potenzialmente coinvolgere tutti gli organi (cuore, rene ed encefalo) ad eccezione del fegato. Si riconoscono due forme cliniche. La gravità della malattia è determinata dall'attività enzimatica residua e può manifestarsi con una forma classica con manifestazioni precoci e generalizzate e una forma a espressione tardiva (late-onset o atipica), spesso meno grave e possibilmente confinata a singoli organi (variante cardiaca e variante renale). I segni e sintomi includono alcune lesioni della pelle chiamate angiocheratomi cutanei, problemi oculari con depositi corneali (cornea verticillata), eventi cerebrali, insufficienza renale e cardiopatia. La diagnosi si basa sui risultati dei test di screening prenatale, test di

screening neonatale e test su sanAd oggi esiste una terapia specifica per la M. di A. Fabry, rappresentata dalle tre forme di enzima a somministrazione endovenosa (terapia enzimatica sostitutiva) e dalla terapia chaperonica per bocca (da chaperon, accompagnare). Si tratta di piccole molecole che si legano a siti specifici degli enzimi alterati, li stabilizzano evitando così la cattura da parte dei sistemi lisosomiali e permettendo il recupero funzionale degli enzimi stessi. Tale terapia deve essere iniziata quanto più precocemente possibile al fine di ridurre il declino della funzione renale, prevenire l'incremento della massa ventricolare sinistra (principale determinante della prognosi) e migliorare i sintomi dei pazienti.



Ecostress: alla ricerca d'ischemia pedalando o con la dobutamina

Patrizia Romano,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

L'ecostress è un esame in cui un ecocardiogramma viene eseguito mentre il cuore è sottoposto ad uno stress prodotto direttamente dal paziente con lo sforzo fisico mentre pedala su una bicicletta o indirettamente con l'ausilio di un farmaco, più frequentemente la dobutamina, somministrato per infusione endovenosa. La dobutamina, come lo sforzo fisico, produce aumento della frequenza cardiaca, aumento della pressione arteriosa e della contrattilità delle pareti del cuore. Così anche chi presenta delle limitazioni al movimento potrà eseguire l'esame: il cuore è sotto stress ma il paziente resta fermo. L'uso più frequente di questo esame è la ricerca di ischemia cardiaca che viene provocata dallo sforzo o dalla dobutamina e che si manifesta con riduzione della contrattilità delle pareti del cuore e con anomalie elettrocardiografiche che osserveremo nelle immagini ecocardiografiche e nell'elettrocardiogramma. Il paziente viene informato del tipo di esame, delle sue finalità, dei rischi e dei benefici e, previa firma del consenso del paziente, si inizia il test. Nell'ecostress da sforzo il paziente si trova su un letto collegato ad una bicicletta (il lettergometro), si acquisiscono

le prime rilevazioni alle condizioni basali a riposo: elettrocardiogramma, pressione arteriosa, immagini ecocardiografiche. Il paziente inizia a pedalare e continua per step, secondo protocolli di carico crescente stabiliti (i pedali diventano progressivamente più resistenti), fino a quando riuscirà a pedalare o fino a quando saranno raggiunti i criteri utili per la diagnosi oppure in caso di comparsa di sintomi, anomalie elettrocardiografiche o ecocardiografiche. Ad ogni step il medico, con la collaborazione dell'infermiere, acquisisce gli elettrocardiogrammi, la pressione arteriosa e le immagini ecocardiografiche. Nell'ecostress farmacologico il procedimento è lo stesso ma il paziente, steso sul letto, è fermo mentre lo sforzo viene simulato dal farmaco, con i meccanismi sopra riportati. Anche qui abbiamo step prestabili: acquisizione dei dati di base, durante infusione del farmaco con dosaggi crescenti, e al termine dell'esame quando viene somministrato l'antidoto che neutralizza e quindi interrompe gli effetti del farmaco stesso. Lo stretto monitoraggio elettrocardiografico, pressorio, ecocardiografico, medico e infermieristico rende l'ecostress

un esame sostanzialmente sicuro. L'ecostress permette di visualizzare il movimento delle pareti del cuore e il funzionamento delle valvole cardiache. Se esistono delle ostruzioni coronariche significative la contrazione del cuore si riduce durante lo sforzo. La visualizzazione di tale alterazione e la sede in cui si verifica, talvolta anche con peggioramento della funzione delle valvole cardiache, fornirà preziose informazioni. Per tali motivi l'ecostress riveste un ruolo importante nella ricerca di ischemia cardiaca, sia in pazienti che per la prima volta presentano dei sintomi dubbi per ischemia, sia in pazienti che hanno già avuto una storia di infarto del miocardio o una precedente rivascolarizzazione con angioplastica o bypass aorto-coronarico. I dati ottenuti diranno se un paziente dovrà essere sottoposto ad ulteriori esami per verificare la presenza di una ostruzione coronarica. Se il paziente ha già una cardiopatia ischemica nota e presenta ancora dolore toracico la visualizzazione esatta della sede della alterazione della contrattilità parietale guiderà la scelta dell'arteria coronarica da trattare. La durata è di circa 30-45 minuti.

Scrivi a Cuore Amico

Arresto cardiaco e attacco di cuore: sono la stessa cosa? le differenze

Dottore, è successo che in casa il nostro papà ha avuto qualcosa al cuore. Chi diceva che c'era stato un arresto e chi un attacco. In quale caso è l'una o l'altra cosa? Comunque lo abbiamo portato in ospedale. Il cuore è salvo. Grazie della risposta, Giulia P.

A volte, per spiegare ai pazienti, i problemi presenti nel loro cuore, lo paragono al motore di una macchina. C'è il motore (il cuore, la pompa del sangue con le sue valvole), c'è un carburatore che porta benzina (le arterie coronarie che portano sangue) e c'è un impianto elettrico che accende le candele (le vie di conduzione elettrica che consentono alle varie parti del cuore di funzionare in una sequenza ben definita). Questo per dire che si può avere un'avaria, un problema, alla pompa, alla circolazione del sangue oppure all'apparato elettrico indipendentemente le une dalle altre. Quando spiego la fibrillazione atriale dico che si può avere un cuore che funziona bene ma l'impianto elettrico crea problemi al ritmo cardiaco non più regolare. Venendo al nostro quesito si può avere un problema solo alle coronarie con occlusione acuta trombotica di una di esse

e quindi infarto = attacco di cuore oppure un problema solo elettrico con una contrazione caotica dei ventricoli (fibrillazione ventricolare) che poi degenera in arresto cardiaco ovvero in cessazione dell'attività meccanica del cuore e quindi della pompa. In alcuni casi l'occlusione acuta delle coronarie può determinare una fibrillazione ventricolare con arresto cardiaco e quindi l'infarto avrà come prima manifestazione (sintomo) l'arresto cardiaco (70-80% dei casi). Ma l'arresto cardiaco, nel 10-15% dei casi, è dovuto a patologie come QT lungo, sindrome di Brugada o ad alterazione degli elettroliti (sodio, potassio, calcio, cloro, magnesio) che presiedono al corretto funzionamento della contrazione miocardica oppure ad alterazioni strutturali congenite dell'apparato elettrico presente nel cuore (pre-eccitazione ventricolare) oppure anomalie strutturali del muscolo cardiaco come le displasie che determinano un'alterazione della diffusione nel cuore dell'onda di eccitazione elettrica al muscolo cardiaco. Altro caso è la dissociazione elettromeccanica in cui, pur in presenza di attività elettrica regolare, il muscolo non si contrae (attività elettrica presente attività meccanica assente = dissociazione). Per l'arresto cardiaco (perdita di coscienza, assenza

di polso e respiro) l'unico rimedio è il massaggio cardiaco con le manovre di rianimazione cardio-polmonare e defibrillazione ventricolare di cui si è parlato in precedenti articoli. Per l'infarto miocardico è importante riconoscerlo in tempo. Sospettarlo quando sia presente dolore al petto irradiato a braccia, mandibola o schiena, sudorazione fredda, nausea e/o vomito, difficoltà respiratorie. E' importante dire che quando il soggetto, con dolore toracico o meno ma in condizioni di disagio, malessere, sudorazione fredda, affanno è sempre bene chiedere aiuto al 112. Il dolore toracico oppure i cosiddetti equivalenti ischemici che ho appena elencato sono motivo di assistenza rapida, senza perdere tempo a cercare un medico che possa andare a casa. E' meglio allertare il 112. Il tempo risparmiato può fare superare l'infarto con il minor danno cardiaco possibile (rivascolarizzazione d'urgenza) ed evitare che l'infarto diventi arresto cardiaco. Per il dolore toracico vero, oppressivo, irradiato, con malessere generale (non il dolore puntorio indicato con un dito in un punto preciso o legato al movimento) meglio un accesso in più in Pronto Soccorso, anche se dovesse rivelarsi un falso allarme, che un mancato ricovero.

C'è un rapporto diretto tra disturbi cardio e ictus?

Martina Straito,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

L'ictus cerebrale rappresenta, nel nostro Paese, la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie. Si tratta di un danno neurologico acuto del sistema nervoso centrale che si verifica quando viene interrotto l'apporto di sangue in un'area del cervello. A volte l'ictus ischemico può verificarsi per la migrazione di un trombo presente all'interno della cavità cardiaca verso il flusso circolatorio che, giungendo all'encefalo, provoca l'occlusione di un'arteria cerebrale. In questo caso si parla di ictus cardioembolico. Una delle cause principali di questo tipo di ictus è la fibrillazione atriale (FA), l'aritmia cardiaca che colpisce nel nostro Paese circa un milione di persone ed è causa di circa il 20% degli ictus ischemici. Questi ultimi sono generalmente gravi, di grandi dimensioni e associati a un'elevata mortalità e ad esiti invalidanti. 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. Infatti, la FA risulta

fortemente sotto-diagnosticata. Una diagnosi precoce, attraverso controlli cardiologici seriati, permetterebbe l'inizio delle terapie anticoagulanti che, se prontamente somministrate, rappresentano un pilastro terapeutico fondamentale e permettono una riduzione del rischio di embolizzazione periferica di oltre il 70%. L'associazione tra ictus ischemico e pervietà del forame ovale (FOP) è una tematica dibattuta da oltre vent'anni. La chiamano embolia paradossa. Si crea un coagulo di sangue che poi, attraverso un'anomalo "condotto" tra l'atrio destro e quello sinistro, definito forame ovale pervio, entra nel circolo cerebrale, provocando un ictus. Si tratta di un'anomalia congenita, quindi presente fin dalla nascita. Tuttavia l'impatto reale del FOP tra le cause di ictus ischemico nella popolazione generale non è stato definito in maniera univoca. Si stima infatti che il FOP sia presente in circa il 25% della popolazione, percentuale nettamente superiore alla prevalenza della patologia. Come per la FA, anche in questo caso si dimostra fondamentale la terapia con farmaci antiaggreganti o anticoagulanti. Inoltre vi è oggi la possibilità di chiudere efficacemente la comunicazione tra le due cavità atriali attraverso

una procedura percutanea. Non ultima, ma certamente subdola causa di ictus cerebrale, è l'endocardite, patologia generalmente infettiva delle valvole cardiache in cui si può verificare l'embolizzazione del materiale infetto dalla valvola cardiaca nei vasi periferici cerebrali, ostruendoli. Gli individui ad alto rischio di avere un'endocardite sono quelli che hanno già protesi valvolari, una precedente storia di endocardite o una cardiopatia congenita. La morbilità e le mortalità di questa patologia sono sostanzialmente elevate nonostante i progressi sia diagnostici che terapeutici. In conclusione, la prevenzione dell'ictus e la riduzione delle purtroppo frequenti recidive, si basa su misure adeguate di riconoscimento e controllo delle cause attraverso la diagnosi precoce e la scelta delle terapie farmacologiche o chirurgiche specifiche.



Cosa è il prolasso valvolare mitralico e come si cura

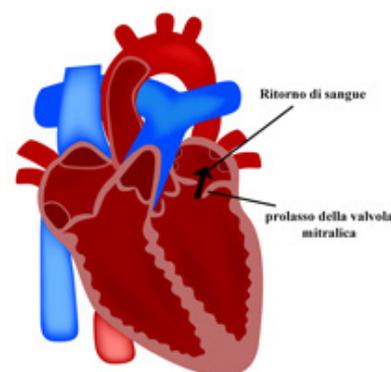
Gian Luca Palombaro,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

Il prolasso valvolare mitralico (PVM) è una condizione relativamente frequente con una prevalenza pari al 2-3% e in assenza di significativo rigurgito mitralico, è generalmente associato ad una buona prognosi. Nei soggetti con PVM uno (spesso il posteriore) o entrambi i lembi della valvola mitralica protrudono in atrio sinistro quando il ventricolo sinistro si contrae, impedendo talora una corretta chiusura della valvola con conseguente rigurgito valvolare. Il PVM può presentarsi isolato oppure associato a patologie sistemiche, come ad esempio la sindrome di Marfan. Tra le condizioni non sindromiche determinanti il PVM (le più frequenti) vi è la degenerazione mixomatosa che nei casi più severi si manifesta con il Morbo di Barlow. Nella maggior parte dei casi questa valvulopatia è asintomatica e permette di vivere una vita normale. I sintomi più frequenti possono essere: dolore retrosternale prolungato spesso trafittivo, palpitazioni, sincopi. La diagnosi è spesso occasionale e suggerita dal riscontro all'auscultazione cardiaca dei reperti tipici di questa valvulopatia (click meso-telesistolico seguito da un soffio). Il medico può richiedere esami strumentali che aiutano a confermare la diagnosi ed a stratificare il rischio dei pazienti: l'elettrocardiogramma

può mostrare alterazioni della ripolarizzazione ventricolare, allungamento del QT o aritmie. L'ecocardiogramma rappresenta il test di "imaging" cardine, permettendo di determinare la morfologia, il movimento dei lembi mitralici, consentendo un'appropriate valutazione del meccanismo, dell'entità del prolasso, la presenza dell'eventuale rigurgito associato e di condizioni concomitanti che potrebbero favorire l'insorgenza di aritmie. Una di queste è la disgiunzione mitro-anulare (MAD) ovvero un'augmentata mobilità rispetto al miocardio atriale e ventricolare dell'anulus mitralico e di conseguenza del "continuum" anatomico delle strutture ad esso connesse: normalmente infatti l'anulus mitralico rappresenta una delle strutture anatomiche di ancoraggio fondamentali per i lembi mitralici. La MAD coinvolge spesso ma non esclusivamente il lembo posteriore mitralico determinando un'augmentata mobilità del lembo e delle strutture cardiache ad esso connesse con uno stiramento dei muscoli papillari e della parete ventricolare sinistra ove questi si inseriscono, con possibile insorgenza di aritmie cardiache e nel lungo periodo anche di fibrosi cardiaca. L'ECG dinamico secondo Holter è indicato nei soggetti che riferiscono palpitazioni o sincopi

per la valutazione di eventuali aritmie. Il test da sforzo o meglio ancora l'ecocardiografia da sforzo consente di valutare il corretto adattamento emodinamico della valvulopatia allo sforzo e di stratificare ulteriormente i pazienti. Nella maggior parte dei casi il prolasso della valvola mitrale è asintomatico e non necessita di trattamento. Sono opportuni periodici controlli clinici ed ecocardiografici. Se presenti aritmie, può essere indicato l'impiego di antiaritmici come ad esempio i beta-bloccanti. Nei casi in cui il PVM sia associato ad un rigurgito valvolare mitralico di entità da media a severa con associati sintomi o altre caratteristiche cliniche/anatomiche, può essere indicato l'intervento cardiocirurgico di riparazione valvolare, talora anche con tecniche mini invasive o nei casi in cui la valvola non consenta la riparazione della stessa per l'elevata complessità anatomica, la sostituzione della valvola con una protesi valvolare.



Quando il versamento pericardico è asintomatico. Come si interviene

Pierpaola Petti,

Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

La pericardite è una condizione patologica caratterizzata dalla infiammazione del pericardio, la sottile membrana che avvolge e protegge il cuore. Il pericardio è costituito da due strati: il pericardio esterno, detto "pericardio fibroso", e il pericardio interno, noto come "pericardio sieroso", che produce un liquido che lubrifica e permette al cuore di muoversi liberamente all'interno del sacco pericardico senza che si verifichi attrito. In corso di pericardite ci possono essere vari segni e sintomi che il paziente può manifestare e il segno che si presenta più comunemente è il versamento pericardico, ossia la presenza di liquido in eccesso attorno al cuore. Il versamento pericardico è quindi quella condizione caratterizzata da un eccessivo aumento del liquido pericardico, in alcuni casi tale da interferire con la necessaria espansione del cuore durante la fisiologica contrazione. Il versamento pericardico però può anche essere asintomatico e quindi essere indolore ma, quando si manifesta in corso di pericardite acuta, il dolore è proprio il sintomo che più comunemente può essere presente. Se asintomatico, pertanto il versamento può essere scoperto incidentalmente durante controlli cardiologici di routine

o durante controlli effettuati per motivi diversi da una pericardite. L'esame che ci consente di verificare ed evidenziare la presenza di versamento, e valutarne la quantità e l'effetto eventuale sulle strutture cardiache, è l'ecocardiogramma transtoracico 2D, esame semplice, ripetibile, effettuabile anche a letto del paziente. Il trattamento della pericardite, e quindi anche dell'eventuale versamento pericardico, dipende sia dalla causa sottostante che ha dato origine all'infiammazione pericardica e sia dalla gravità dei sintomi che il paziente presenta. Nei casi lievi, il riposo e i farmaci anti-infiammatori non steroidei (FANS) come l'ibuprofene o il naprossene possono essere sufficienti, associati alla colchicina, per alleviare il dolore e l'infiammazione. La sintomatologia, associata spesso al versamento pericardico, prevede dolore toracico, difficoltà di respiro, astenia e battito cardiaco accelerato. Nei casi peggiori, quando il liquido presente nello spazio pericardico è eccessivo, si verifica "tamponamento cardiaco", condizione in cui il cuore non riesce ad avere la mobilità necessaria per svolgere correttamente il suo compito e ne deriva la compromissione della funzione cardiaca ed in particolare del riempimento

dei ventricoli. In alcuni soggetti il versamento pericardico è cronico, soprattutto in caso di tubercolosi, distiroidismi, malattie autoimmuni e mixedema, e proprio in questi casi che tende ad essere di lieve entità e asintomatico. Se il versamento è lieve e asintomatico, va tenuto sotto controllo periodicamente con ecocardiogrammi eseguiti annualmente o all'eventuale insorgenza/modifica di sintomi. Va curata la patologia sottostante che ha determinato il versamento e non il versamento stesso, soprattutto se gli indici di flogosi sono negativi e non vi sono sintomi di infiammazione acuta (febbre, dolore toracico). Dobbiamo ricordare che il versamento stesso è un segno secondario e non è la malattia che va curata ad ogni costo. Nel momento in cui vi è riscontro occasionale di versamento pericardico non associato a sintomi, bisogna eseguire una visita cardiologica di controllo per contestualizzare questo reperto e capirne la causa per definire l'eventuale cura qualora necessaria.

Rischio-colesterolo: non solo alto ma anche se legato ad altri fattori

Edoardo Nevola,
Dirigente medico Uoc Cardiologia S. Spirito

Il colesterolo, normale costituente delle membrane cellulari e delle guaine nervose, e precursore degli ormoni di surreni e gonadi, può diventare una minaccia per la salute quando è presente nel sangue a livelli elevati. Depositandosi nelle arterie, vi innescava una reazione infiammatoria che porta alla formazione di placche ostruttive, processo noto come aterogenesi. Le placche possono compromettere il flusso di sangue ad organi essenziali, provocando malattie ischemiche come l'infarto, l'angina pectoris, l'ictus cerebrale, i TIA, la claudicatio degli arti inferiori. Il colesterolo viaggia nel sangue impacchettato in container molecolari, le lipoproteine, di cui esistono diverse forme: quelle indicate con le sigle VLDL, IDL, LDL provvedono al trasferimento del colesterolo dal fegato che lo produce ai tessuti che lo utilizzano, mentre il trasporto inverso di quello in eccesso viene svolto dalle HDL. Fattori genetici, endocrini ed alimentari possono aumentare il livello ematico delle lipoproteine, con il rischio di accelerare l'aterogenesi e di provocare eventi ischemici; ciò vale soprattutto per le lipoproteine che effettuano il viaggio di andata, in modo

particolare le LDL, da cui l'abitudine di definire "cattivo" il colesterolo ad esse associato. Le HDL, che effettuano il viaggio di ritorno, sono lesive solo a livelli molto elevati, presenti in malattie genetiche rare; ai livelli riscontrabili nella popolazione generale, hanno invece un effetto protettivo, rallentando l'aterogenesi e riducendo il rischio di complicanze ischemiche; il colesterolo che trasportano è di conseguenza "buono". Per una prevenzione efficace, è necessario che il colesterolo nel sangue non oltrepassi determinati limiti di sicurezza, che non sono uguali per tutti ma variano in base al rischio di eventi ischemici. Per il colesterolo LDL, bersaglio primario degli interventi dietetici e farmacologici, il livello raccomandato è 55 mg/dl quando il rischio è molto elevato, 70 se è solo alto, 100 se è intermedio o basso. Analoghi livelli sono previsti per il colesterolo non-HDL, categoria collettiva che si utilizza per correggere le altre frazioni aterogene. Il rischio di eventi ischemici non deriva solo dal colesterolo in eccesso, ma anche dalla presenza di insufficienza renale, diabete, ipertensione e tabagismo; dall'età, che riflette il tempo di esposizione ai fattori lesivi; dal sesso, essendo

le arterie delle donne in età fertile più resistenti all'aterogenesi; da eventi ischemici pregressi, in quanto indicatori di danno vascolare avanzato. Il collegamento tra rischio e livello ottimale di colesterolo è quindi evidente: i fattori lesivi aggiuntivi potenziano l'azione del colesterolo in eccesso, mentre una parete vasale già danneggiata rende il colesterolo "cattivo" dannoso a livelli più bassi. Contrariamente ad aspettative ingenuie, le informazioni fornite dagli esami strumentali (ecografia vascolare, TAC coronarica) nel soggetto senza eventi pregressi non sostituiscono la stima clinica del rischio, ma si limitano ad integrarla nelle situazioni di incertezza in cui essa si colloca al confine tra una fascia e l'altra. La valutazione del rischio e del livello ottimale di colesterolo ad esso connessa è dunque un procedimento complesso, che non può limitarsi a una frettolosa occhiata ai "valori normali" riportati sui referti delle analisi e che non richiede necessariamente esami costosi e sofisticati, bensì la guida di un medico esperto in prevenzione cardiovascolare.

Salute: come garantire livelli essenziali di assistenza senza forti finanziamenti?

Alessandro Carunchio,
Presidente Associazione Cuore Sano

I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) riguardano l'insieme di tutte le prestazioni che i cittadini hanno diritto a ottenere dal Servizio sanitario nazionale gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Sono detti "livelli essenziali" perché racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini ed i fondi necessari derivano dalle tasse che tutti i cittadini sono chiamati a versare. I LEA risalgono al decreto legislativo 502/1992. Numerosi sono stati gli aggiornamenti successivi fino ad arrivare agli attuali LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni e dei servizi) che devono essere garantiti in modo uniforme sull'intero territorio nazionale. L'acronimo LEP risale ai decreti della riforma Bassanini e, in modo ancora più esplicito, alla legge di riforma dell'assistenza (328/2000). Nel febbraio 2023, il governo ha varato il disegno di legge Calderoli sulla autonomia differenziata che puntualizza i livelli essenziali delle prestazioni che le regioni devono garantire nelle materie indicate dalla Costituzione e il loro finanziamento. Disposizioni in materia sono state emanate poi

con la legge 26 giugno 2024, n. 86. I diritti garantiti dai LEP sono relativi all'istruzione e alla formazione; alla salute (LEA); all'assistenza sociale e alla mobilità e al trasporto. Una delle ragioni per cui i LEP trovano difficoltà nella loro definizione è di natura economica: devono ancora essere reperite le risorse finanziarie necessarie per attuarli e garantirli. L'autonomia di cui godono ora le regioni italiane ha infatti spinto il legislatore a prevedere una serie di strumenti volti a garantire non solo una sostanziale unità nazionale, ma anche la presenza, su tutto il territorio, di servizi capaci di rispondere alle esigenze fondamentali del cittadino, salvaguardando cioè i livelli essenziali delle prestazioni soprattutto nel settore dei diritti civili e sociali. Dal 30 dicembre 2024, con l'entrata in vigore del decreto tariffe, viene assicurata, su tutto il territorio nazionale, la piena erogazione dei nuovi LEA, superando le disomogeneità assistenziali tra i cittadini delle varie regioni. Verranno garantite l'erogazione delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita; le prestazioni per la diagnosi o il monitoraggio della celiachia e malattie rare; le prestazioni indispensabili

nell'ambito della diagnostica per immagini in grado di consentire diagnosi più rapide ed affidabili; la enteroscopia con microcamera ingeribile; gli screening neonatali. Viene introdotta la consulenza genetica per coloro che si sottopongono ad una indagine utile a confermare o a escludere un sospetto diagnostico e si aggiornano le prestazioni di radioterapia assicurando a tutti gli assistiti l'erogazione di prestazioni altamente innovative come la radioterapia stereotassica, adroterapia e radioterapia con braccio robotico. Tra le prestazioni previste per l'assistenza protesica: ausili informatici e di comunicazione (inclusi i comunicatori oculari e le tastiere adattate per persone con gravissime disabilità); apparecchi acustici a tecnologia digitale; attrezzature domotiche e sensori di comando e controllo per ambienti; arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo. Questi provvedimenti assicurano, se adeguatamente finanziati, un ulteriore ampliamento del diritto alla tutela della salute dei cittadini.

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

MOLTI CENTENARI, MA DAGLI 83... In Italia ci sono oltre 22mila centenari (2mila in più rispetto al 2023) e solo 24 supercentenari. Ma quel che colpisce è il numero degli ultra 90enni: quasi un milione. Insomma, ci sono molte probabilità di arrivarci in parecchi. Ma il problema è come ci si arriva. L'età media degli italiani è intorno agli 83 anni, ma con gli ultimi 12 (cioè dai 71 in poi) in condizioni di salute precarie. La vera sfida, su cui si sono confrontati al G7-Salute, è aumentare i 71, cioè vivere meglio oltre questa età, e diminuire i 12, cioè gli anni di condizione precaria.

IN CASA LE CANDELE INQUINANO. Le comuni candele contribuiscono all'inquinamento dell'aria all'interno dell'ambiente domestico. L'aria di casa è più inquinata di quella esterna. Responsabili dell'inquinamento sono le sostanze chimiche aggiunte alla cera, le quali si volatilizzano durante la combustione. La maggior parte delle can-

dele è fatta di paraffina, ricavata dal petrolio, di cera di soia geneticamente modificata o di cera di palma.

UN MILIONE DI FIBRILLAZIONI. Un milione di italiani è vittima di fibrillazione atriale, la più diffusa tra le aritmie, un disturbo che coinvolge il sistema elettrico del cuore causando battiti cardiaci irregolari. Le più diffuse sono le extrasistoli e appunto la fibrillazione, non immediatamente pericolosa ma che aumenta notevolmente il rischio di scompenso e di ischemie cerebrali se non opportunamente e precocemente trattata. A fare il punto sono i cardiologi dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Anmco) in occasione del congresso Anmco Beat Life Rhythm, svoltosi a Bari.

CANCRO, CALA LA MORTALITÀ. Tra il 2006 e 2021 i tassi di mortalità per cancro (percentuale vittime per 100mila abitanti) sono in notevole calo,

più tra gli uomini, meno tra le donne. Tra i maschi il calo è del 28%, dal 27,6 al 19,87. Tra le donne la flessione è del 21,4% dal 29,84 al 23,46. Altro dato, ancora più rilevante: il 50% dei nuovi pazienti è destinato oggi a guarigione per cure e interventi più mirati. Le diagnosi più frequenti (dato 2024): mammella, colon-retto, polmone, prostata, vescica.

TANTE DONNE MEDICO. Sono la maggioranza le donne che in Italia esercitano la professione medica: il 63% nella fascia tra i 40 e i 50 anni, e il 57% tra i 55 e i 69. Le chirurghe pediatriche sono 120 nella fascia tra i 30 e i 50 anni: il doppio degli uomini: 62. Anche in cardiologia prevalgono le donne nella fascia tra i 30 e i 50 anni: 1.622 contro 1.431 uomini. Nella stessa fascia di età le giovani geriatre sono il triplo degli uomini: 1.029 contro 331. Anche le oncologhe doppiano i colleghi coetanei nella fascia 30-50: 1.029 contro 331.



IL TUO CUORE, NELLE TUE MANI
COLESTEROLO



Daiichi-Sankyo

We care for every heartbeat



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