

La voce del
cuore



FONDAZIONE CENTRO CARDIOLOGIA
E CARDIOCHIRURGIA A. DE GASPERIS

Niguarda Ca' Granda

PERIODICO DI INFORMAZIONE E DI DIVULGAZIONE MEDICA

PUBBLICAZIONE QUADRIMESTRALE - ANNO 22 - N.2 - SETTEMBRE 2018

52 **CONVEGNO**
CARDIOLOGIA
MILANO
24-27 settembre 2018

Convegno
Dove
sta andando
la cardiologia

Intervista a
Eric Adler
Il network
del cuore

Una storia vera
Dietro il cuore
di Eliana



La voce del cuore



Direttore responsabile
PAOLO TEMPO

Coordinamento editoriale
SIMONA MAZZOLINI
redazione@degasperis.it

Comitato di redazione
RENATA BRAGOTTI
ANTONELLA LENCI
GIUSEPPE USUELLI

Coordinatore collaboratori scientifici
MATTEO BARONI

Progetto grafico
ANTONELLA LENCI

Segreteria di redazione
MONICA FUMAGALLI
monica.fumagalli@degasperis.it
Tel. 02 66109134

Segreteria organizzativa
ROSSANA MISSIERI
rossana.missieri@degasperis.it
Tel. 02 64444069

Editore
**Fondazione Centro Cardiologia
e Cardiocirurgia
A. De Gasperis
Niguarda Ca' Granda**
già associazione costituita nel 1968
e fondazione dal 2004

Con D.P.G.R. N. 013353 del 29/07/2004
ha ottenuto il riconoscimento giuridico
dalla Regione Lombardia

Piazza Ospedale Maggiore, 3
20162 Milano
info@degasperis.it www.degasperis.it

Presidente
BENITO BENEDINI

Responsabile del trattamento dei dati
(D.Lgs. 196/2003)
MASSIMILIANO SIRONI

Stampa
Tipografia Vigrafica S.r.l. - Monza
Registrazione Tribunale di Milano
n. 107 del 19/02/1996

Tutti i diritti sono riservati.
Nessuna parte di questa pubblicazione
può essere riprodotta con mezzi grafici,
meccanici, elettronici o digitali
senza l'autorizzazione dell'editore.

LETTERA DEL PRESIDENTE

1

CONVEGNO 2018

2  **CONVEGNO
CARDIOLOGIA
MILANO**
24-27 settembre 2018

PERSONE

4 *Dietro il cuore di Eliana*

CURIOSITÀ

6 *Infarti notturni:
perché aumentano d'estate*

MEDICINA

7 *Presa in carico
del malato cronico:
il 'fattore organizzazione'*

PARLIAMONE

11 *La posta del cuore*

DAL DE GASPERIS

12 *Intervista al professor Eric Adler*

RIFLESSIONI

14 *Il cuore è uno zingaro:
quando l'eccezione conferma la regola*

PROGETTO

16 *Strumenti
per la riabilitazione cardiologica*

Cara Lettrice, caro Lettore,
in pochi ambiti come nella medicina - e la cardiologia non fa eccezione - è vero che "tutto è relativo". Siamo in un mondo del possibile, dove le variabili in gioco sono sempre troppo numerose e troppo poco prevedibili per poter affermare: "È certo che...".

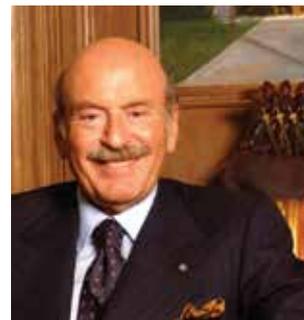
Ma è proprio la mancanza di certezze a dirci che c'è ancora molto da scoprire e sperimentare, che si possono fare nuovi passi per migliorare la salute delle persone e che vale la pena di impegnarsi in questa direzione. Gli ultimi vent'anni di cardiologia lo dimostrano: in questo campo, ogni meta raggiunta apre altre strade e lascia intravedere ulteriori traguardi.

È questa la 'filosofia' del De Gasperis Cardio Center, nella sua attività quotidiana e nelle scelte più importanti: uno sguardo al futuro fatto di consapevolezza e fiducia. Ed è per questo che noi, la Fondazione A. De Gasperis, siamo al fianco del Centro da oltre cinquant'anni: la pensiamo allo stesso modo e ci comportiamo di conseguenza.

Sappiamo, ad esempio, che oggi il nostro sostegno economico a favore dei medici più giovani che collaborano con il Cardio Center permette di dedicare più energie al rapporto medico-paziente, e che nel lungo periodo promuove un ricambio generazionale nella cardiologia fatto di trasmissione di competenze e di esperienza sul campo. Sappiamo che dotare la Cardiologia Riabilitativa di strumenti innovativi rende più efficace il trattamento dei pazienti.

Ecco ciò che ci muove: la concretezza degli obiettivi, la possibilità di toccare con mano i risultati. Se anche per te sono queste le cose importanti, quelle che valgono più di mille parole, sostienici con una donazione. Siamo già in tanti, diventa uno di noi.

Benito Benedini
Presidente
Fondazione A. De Gasperis



Dove va la cardiologia

Al via il 52° Convegno Cardiologia del De Gasperis Cardio Center

Dall'aut aut all'et et

Dove sta andando la cardiologia? La direzione è chiara: elementi troppo a lungo considerati a sé stanti, quando non addirittura alternativi, diventano sempre più complementari e integrati.

Ricerca scientifica e ricerca clinica; linee guida generali e personalizzazione dell'approccio clinico; specializzazione e interdisciplinarietà; medicina e organizzazione...: diversi fattori entrano in gioco simultaneamente e interagiscono gli uni con gli altri, dall'ambito della riflessione strategica fino alla presa in carico della persona a tutto tondo e in tutte le sue fasi.

Un nuovo vocabolario

Il vocabolario della cardiologia evolve: 'programmare' prende il posto di 'affrontare', 'gestire' si sostituisce a 'fare', 'salute' diventa 'qualità della vita'.

Non è solo questione di parole. Dietro a tutto questo ci sono vincoli ed esigenze precise: fare i conti con i trend demografici e sociali; impiegare in modo efficace le risorse disponibili; premere l'acceleratore sull'innovazione; rispettare e soddisfare le aspettative dei pazienti; gestire la complessità.

E un obiettivo chiaro: sfruttare al meglio l'insieme delle opportunità in continuo divenire che la cardiologia e la medicina - come accennato, sempre meno sole - hanno a disposizione.

Dalle parole ai fatti

Il 52° Convegno Cardiologia del De Gasperis Cardio Center mette a confronto questa realtà con chi vive la professione cardiologica sul campo, con l'obiettivo di fornire informazioni, indicazioni metodologiche e strumenti utili a supportare i processi decisionali e introdurre miglioramenti incrementali nella pratica quotidiana. Per questo il Convegno approfondisce una molteplicità di temi: la cardiopatia ischemica acuta e il suo rapporto con il diabete; le fibrillazioni atriali nei diversi contesti clinici; i perché di una



‘nuova attenzione’ al ventricolo destro; la transizione dall’ipertrofia alla disfunzione e allo scompenso cardiaco; come affrontare l’insufficienza mitralica e funzionale; la complementarità degli approcci alla cardiopatia ischemica cronica; le aritmie ventricolari e la morte cardiaca improvvisa; le molteplici componenti delle malattie dell’aorta.

A completare le sessioni plenarie, che includono anche letture di esperti italiani e internazionali, il Convegno prevede 28 minicorsi (7 differenti proposte tematiche in simultanea tra cui scegliere ogni giorno), i casi clinici a colazione, i lunch symposia, gli aperitivi con gli esperti e il bonus track focalizzato sulle pratiche nell’imaging avanzato.

Un’attenzione particolare, infine, è rivolta agli under 35 con i due premi legati al Convegno: il Premio Donatelli (cardiologia e cardiocirurgia pediatrica e del congenito adulto) e il Premio Filippo Milazzo (casi clinici su assistenza meccanica al circolo).

Dietro al cuore di Eliana



La storia di Eliana V. - che ha 42 anni e vive con la sua famiglia in un piccolo paese della Barbagia, in Sardegna - comincia per caso nel 2017, e con una pessima notizia. Una sua cara amica, poco più giovane di lei, viene ricoverata in ospedale per una polmonite, lotta per un mese ma non ce la fa.

Sono momenti orribili, pieni di dolore e di domande. “Perché lei?”, si chiede Eliana. “Perché una persona che conduceva una vita sana, attenta alla salute e all'alimentazione?”. Eliana non trova una risposta. Anzi, comincia a interrogarsi anche su se stessa e sul proprio stato di salute. “Ero una fumatrice”, ci dice, “e, anche se non accusavo nessun sintomo,

mi sono sentita insicura. E mi sono convinta che fosse ora di verificare come stavo”.



Paura o intuizione, Eliana chiede al suo medico di medicina generale di fare una radiografia ai polmoni: i risultati mostrano una macchia dietro al cuore. Il cardiologo di Sassari al quale lei si rivolge, dottor Pietro Sanna, rileva con un'ecocardiografia una massa sospetta appoggiata proprio alla parete del muscolo cardiaco. Una seconda ecocardiografia, questa volta a Milano, conferma la situazione.

Una struttura ospedaliera propone una biopsia per analizzare la massa: Eliana è preoccupata, teme che cominci per lei la lunga e difficile strada dei pazienti oncologici, complicata dal fatto che il suo 'intruso' si trova in una posizione molto delicata. Consulta il De Gasperis Cardio Center dell'Ospedale Niguarda che il suo cardiologo in Sardegna le aveva indicato da subito come punto di riferimento. È il dottor Aldo Cannata, il cardiocirurgo che la opererà con un intervento a cuore aperto alcuni giorni dopo, a rassicurarla: la massa si può asportare.

Il ricovero è l'11 gennaio 2018. "Sono riusciti a farmi sentire a mio agio fin dal primo momento, nonostante la gravità della situazione", dice Eliana a proposito dello staff, "E il dottor Cannata mi ha sostenuto anche dal punto di vista psicologico".

La massa viene asportata: una volta analizzata, si rivelerà un emangioendotelioma composito, una forma molto rara di tumore alla cavità auricolare sinistra del cuore, tanto che quello di Eliana potrebbe diventare un caso di studio.

Dopo l'intervento al Niguarda, la riabilitazione e il follow-up cardio oncologico, Eliana riparte per la Sardegna, dove sono in molti ad aspettarla: il marito, i tre figli, le due nuore e Letizia, la sua splendida nipote. Eliana è già nonna, a dispetto dell'età.

Eliana si rimette al lavoro nell'azienda di famiglia. Al De Gasperis torna per i controlli, mentre a casa riprende la vita di prima, tranne che a fine giornata si sente ancora un po' stanca. "La reazione", ci assicura il dottor Cannata, "è stata buona, e la signora Eliana ha avuto un recupero psicofisico rapido. Le basterà fare una vita sana e seguire i nostri consigli - smettere di fumare e fare un'attività fisica regolare, come camminare per un'ora al giorno - per riprendersi del tutto".

Alla fine della nostra chiacchierata, Eliana ci chiede di poter dire ancora due cose: un grazie a tutti i professionisti del Cardio Center e un suggerimento 'a chi sta bene'. "Non importa se non hai sintomi o non ti sembra che ci sia qualcosa che non va. Esami e controlli vanno fatti periodicamente, e senza tergiversare: se tieni alla salute, la prevenzione è fondamentale".

Lei lo dice con doppia cognizione di causa: anche il marito si sta curando una patologia del sangue che non manifestava sintomi, scoperta solo per aver fatto esami di routine. "Siamo una famiglia fortunata", dice Eliana. Soprattutto, una famiglia previdente.



*Aldo Cannata
Cardiochirurgia
De Gasperis Cardio Center
Ospedale Niguarda*



Infarti notturni: perché aumentano d'estate

STEMI sta per ST elevation myocardial infarction: si verifica se l'ostruzione coronarica conduce all'arresto totale del flusso sanguigno nel territorio irrorato dall'arteria interessata e provoca nell'elettrocardiogramma un'alterazione tipica (soprallivellamento del tracciato nel tratto denominato ST).

Vi siete mai accorti che in estate c'è un incremento del numero di infarti nelle ore notturne? Il fenomeno riguarda gli infarti STEMI, cioè quelli con un'anomalia specifica nel tracciato dell'elettrocardiogramma, segnale di un'ostruzione acuta e totale della coronaria.

Tecnicamente, lo spostamento del numero di infarti dal giorno alla notte nel periodo estivo si chiama 'summer shift'. Ma a cosa è dovuto? Secondo uno studio da poco pubblicato sul *Journal of American Heart Association*, a determinare la variazione nel rapporto tra infarti 'diurni' e 'notturni' sarebbe l'intensità della luce e non la sua durata.

Lo studio pubblicato sul "Journal of American Heart Association" ha coinvolto più di 2mila pazienti con infarto STEMI che vivono in entrambi gli emisferi terrestri e a differenti latitudini (dall'Italia alla Cina, dalla Scozia alla Finlandia, dal Giappone a Singapore, fino all'Australia). Tra gli 11 firmatari figurano 4 italiani. Per l'elaborazione dei dati ha svolto un ruolo chiave il dipartimento di Fisica della Technical University di Dresda in Germania, grazie al contributo di Carlo Vittorio Cannistraci.

Nei pazienti di Singapore (che trovandosi sull'equatore non ha una vera e propria stagione estiva), ad esempio, l'osservazione ha riscontrato lo shift nelle giornate meno nuvolose: quelle, appunto, in cui la luce solare era più intensa.

"Abbiamo provato a studiare 'il lato oscuro della luna', cioè quei possibili fenomeni o relazioni che associano l'insorgere dell'infarto miocardico con eventi naturali complessi come la cronobiologia", spiega Enrico Ammirati, cardiologo del De Gasperis Cardio Center e co-ricercatore principale dello studio. Del resto, è significativo che proprio lo scorso anno il premio Nobel per la medicina sia stato assegnato a ricercatori che hanno indagato i meccanismi molecolari alla base dei nostri bio-ritmi, i ritmi circadiani.



*Enrico Ammirati
Cardiologia 2
De Gasperis Cardio Center
Ospedale Niguarda*

Lo studio in questione, precisa Ammirati, è osservazionale e non spiega i meccanismi complessi alla base del perché in estate una certa percentuale di infarti 'slitti' nelle ore notturne. "La produzione di alcuni ormoni come il cortisolo e la melatonina è influenzata dall'esposizione alla luce, ma non sappiamo se possano giocare un ruolo in questo caso specifico. In questo quadro, inoltre, anche l'inquinamento atmosferico potrebbe avere una correlazione da approfondire. Per questo saranno necessari prima di tutto nuovi studi che confermino quanto già riscontrato, magari includendo altri Paesi".

La presa in carico del malato cronico

Il valore del fattore organizzativo in medicina:
l'esperienza di Niguarda



Ne parliamo perché

Molte patologie cardiologiche sono di tipo cronico. Nell'ambito della cardiologia, tra i pazienti cronici più frequenti vi sono quelli affetti da scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica e non, ipertensione arteriosa e aritmie.

Anche in Italia, insieme all'età media e all'aspettativa di vita della popolazione, aumenta la presenza di patologie croniche tra i cittadini. La sfida della gestione efficace ed efficiente della cronicità impone ai decisori di ridisegnare le organizzazioni sanitarie verso modelli di cura integrati, in grado di rispondere in modo completo ai bisogni complessi dei malati cronici e fragili.

Il modello lombardo

La Regione Lombardia ha varato, dal gennaio 2017, alcune delibere (attuative dell'art. 9 della legge regionale 33/2009 e sue applicazioni) per realizzare un nuovo programma di presa in carico

Riformare il sistema sociosanitario è una sfida non solo per la politica, ma anche e soprattutto per i manager e gli operatori delle aziende che devono tradurre gli indirizzi normativi in strategie, modelli organizzativi, processi, procedure, strumenti...



della cronicità: attraverso lo studio dei consumi sanitari, il sistema sociosanitario regionale identifica i malati cronici e li invita a aderire a un programma specifico, basato su un Patto di Cura (PdC) con un 'gestore' - medico di medicina generale (MMG) in cooperativa o altro ente accreditato. Il gestore scelto dal paziente diventa responsabile della gestione clinica e amministrativa del suo percorso all'interno del sistema stesso.

Obiettivo del modello è mettere il paziente al centro: un'unica organizzazione, responsabile della sua presa in carico, lo accompagna e lo indirizza lungo la filiera erogativa.

La gestione della cronicità all'Ospedale Niguarda

L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Niguarda (presente nell'elenco degli enti gestori idonei alla presa in carico dei malati cronici e fragili dell'Agenzia di Tutela della Salute-ATS Milano Città Metropolitana e in quello degli erogatori) ha istituito già nel febbraio 2017 un tavolo di lavoro multidisciplinare per progettare e realizzare il cambiamento, culturale e organizzativo, indicato dalla Regione per la presa in carico della cronicità. Un tavolo che ha previsto il coinvolgimento di tutte le componenti del management aziendale.

La presa in carico della cronicità al Niguarda

Il cittadino invitato a partecipare al programma di presa in carico che non ha un MMG iscritto all'elenco dei gestori idonei e che fa riferimento agli ambulatori specialistici di Niguarda per le proprie cure e controlli, può contattare il Call Center Regionale (800.638.638) e manifestare il proprio interesse verso l'ASST.

Il Patto di Cura

Il Call Center Aziendale di Niguarda ricontatta il cittadino entro 5 giorni per fissare un primo appuntamento di valutazione multidimensionale da parte di un medico specialista. Se il paziente è noto all'ASST e ha una visita già prenotata entro 70 giorni in uno degli ambulatori specialistici in cui è in cura, il primo momento di valutazione della storia clinica del paziente sarà quello. Altrimenti, ottiene un appuntamento entro 45 giorni presso uno degli ambulatori del dipartimento medico polispecialistico. Durante la visita, oltre all'assessment del paziente, sono espletati gli obblighi burocratico-amministrativi (firma dei consensi al trattamento dei dati personali e al Fascicolo Sanitario Elettronico) e viene firmato il Patto di Cura.

Il Patto di Cura è uno strumento operativo importante e una delle leve principali del cambiamento culturale in atto.

Nel Patto, Niguarda dichiara che si farà carico della gestione clinica e amministrativa del cittadino/paziente, rispetto alla cura delle patologie croniche da cui è affetto, e il paziente si impegna a rispettare le indicazioni degli specialisti e operatori sanitari e sociosanitari che definiranno le tappe del suo percorso all'interno della filiera erogativa sociosanitaria.

Un patto solido tra team di presa in carico e paziente è cruciale per il successo del programma a livello regionale: il coordinamento centralizzato del percorso, l'aderenza alle terapie, il rispetto degli appuntamenti previsti nel follow up e l'abbandono di comportamenti di 'shopping sanitario' potranno migliorare gli outcome clinici e assistenziali e ridurre la duplicazione di controlli ed esami.

La presa in carico del paziente

A seguito della valutazione multidimensionale, il medico valuta se prendere in carico il paziente o inviarlo a un clinical manager più appropriato rispetto al quadro clinico emerso.

Nel primo caso, l'ufficio del personale assistenziale e amministrativo di supporto alla presa in carico per l'ambulatorio specifico prende nota delle preferenze del paziente rispetto agli enti e alla programmazione dei futuri accessi, fissa un appuntamento per il ritiro del Piano di Assistenza Individuale (PAI) e del programma di cura e follow up, e fornisce recapiti telefonici e mail che il paziente potrà utilizzare per contattare il suo team di presa in carico.

Gli uffici di supporto assistenziale e amministrativo alla presa in carico sono il luogo in cui si svolgerà l'attività di case management connessa al programma e costituiscono l'interfaccia di Niguarda verso il cittadino/paziente.

Nel secondo caso, il medico fisserà per il paziente una visita per la stesura del PAI presso uno degli ambulatori specialistici di Niguarda che si occupano della cura e del trattamento della patologia prevalente.

Il coinvolgimento del medico di medicina generale

Se il MMG del paziente è co-gestore, è coinvolto nella presa in carico dalla prima fase, con l'invio in firma del PdC e l'invio del paziente per la stesura del PAI.

Più in generale, Niguarda dialoga con la comunità dei MMG dell'area metropolitana per migliorare la gestione dei malati cronici attraverso lo sviluppo condiviso di percorsi di cura e assistenza e l'introduzione di strumenti e metodi innovativi di comunicazione e condivisione delle informazioni.



*Marco Trivelli
Direttore Generale
Ospedale Niguarda*



*Rossana Giove
Direttore Sociosanitario
Ospedale Niguarda*



*Patrizia Bertolaia
Direttore Struttura Complessa
Continuità Ospedale Territorio
e Dipartimento dei Servizi
Territoriali
Ospedale Niguarda*



*Cristina Giannattasio
Direttore Struttura
Complessa
Cardiologia 4 Diagnostica
e Riabilitativa e Dipartimento
Continuità delle Cure
Ospedale Niguarda*



*Giulia Garavaglia
Staff Direzione
Sociosanitaria
Ospedale Niguarda*

Per informazioni sul funzionamento della presa in carico alla Azienda Socio Sanitaria Territoriale Grande Ospedale Metropolitano Niguarda è possibile scrivere a cronicita@ospedaleniguarda.it.

La posta del cuore

La posta del cuore è un servizio gratuito di consulenza online che la Fondazione A. De Gasperis mette a disposizione dei cittadini per aiutare a prevenire, diagnosticare e curare i problemi cardiologici. Per utilizzarlo basta inviare una domanda attraverso il sito

www.degasperis.it

Risponderanno, nel pieno rispetto della privacy, i medici del De Gasperis Cardio Center. Riproponiamo qui i quesiti più significativi e di utilità più generale, assicurando l'anonimato a coloro che li hanno proposti.

Giorgia F.

Chi ha subito una sostituzione della valvola mitrale può sottoporsi a una tac con contrasto?

Cara Giorgia, l'essere stati sottoposti a un intervento di sostituzione valvolare mitralica non è una controindicazione all'esame tac con contrasto. Le controindicazioni a eseguire una tac con contrasto sono la presenza di un'insufficienza renale di grado severo o l'allergia al mezzo di contrasto organo-iodato che prevedrebbe una premedicazione prima di eseguire l'esame.

Dott.ssa Marisa Varrenti

Marina S.

Sono affetta da prolasso mitralico con lieve rigurgito. Soffro di extrasistoli e, da sempre, di aritmie improvvise: il mio cuore fa tanti battiti ravvicinati e fatica a tornare al ritmo normale. Mi capita spesso a riposo e/o in concomitanza con il ciclo mestruale. Ho fatto varie indagini, compreso l'holter delle 24 h, ma le aritmie non si sono presentate e non è stato riscontrato nulla. La situazione mi preoccupa, sono anche un tipo ansioso...

Cara Marina, il prolasso della mitrale è una patologia benigna, specie quando è associato a lieve rigurgito. Le extrasistoli possono essere associate al prolasso della mitrale, ma nella quasi totalità dei casi sono da ritenersi anch'esse una condizione benigna.

L'importante è che lei faccia controlli periodici (una volta ogni 1-2 anni) con ecocardiogramma e holter delle 24 h per verificare che il quadro resti stabile. Inoltre, la sensazione di un battito accelerato non corrisponde per forza alla presenza di extrasistolia, ma spesso rappresenta anche solo uno stato 'ansioso'.
Dott.ssa Carterina Santolamazza

Saverio C.

Ho 52 anni. Ultimamente la sera, mentre sono in relax sul divano, ho una sensazione di svenimento: misurando le pulsazioni, le trovo a 51/53 al minuto, mentre di solito le ho a 63/65 circa. Con l'ultimo ecocardiogramma mi hanno trovato un lieve reflusso della valvola mitrale e a marzo ho curato una pericardite da influenza. È tutto concatenato?

Caro Saverio, in termini generali tenga presente che, oltre ai valori di frequenza cardiaca e a eventuali alterazioni del ritmo cardiaco, potrebbero essere correlati alla sintomatologia che descrive anche valori della pressione più bassi del solito, valori glicemici ridotti o un'astenia importante. Detto questo, è difficile risponderle senza conoscere in dettaglio la sua storia clinica ed eventuali terapie. Ne parli con il suo medico di fiducia e valutate insieme se fare approfondimenti diagnostici o modificare la sua attuale terapia.

Dott.ssa Marisa Varrenti

Milano-San Diego, il network del cuore

Intervista al professor Eric Adler

Da più di 2 anni il De Gasperis Cardio Center ha in atto una collaborazione internazionale con la prestigiosa Università di California San Diego.

Nell'ambito del suo visiting europeo nel mese di aprile, il direttore del programma

trapianti cardiaci dell'Università statunitense, Eric Adler, ha tenuto una presentazione - unica in Italia - all'Ospedale Niguarda sui temi del trattamento con dispositivi di assistenza biventricolare (BiVAD) e delle terapie immunosoppressive nel trapianto.

La Voce del cuore ha colto l'occasione per porre al professor Adler qualche domanda, sia a proposito dei progetti che legano l'università statunitense e l'ospedale italiano, sia su aspetti più generali che riguardano la salute del cuore.



Qual è il principale ambito di collaborazione tra l'Università di California San Diego e il De Gasperis Cardio Center dell'Ospedale Niguarda?

Stiamo lavorando insieme sulle miocarditi e sull'utilizzo e i risultati delle assistenze ventricolari sinistre (LVAD) nei pazienti con scompenso cardiaco avanzato. In particolare, stiamo svolgendo uno studio internazionale per capire se e quali sono le differenze tra pazienti con LVAD in Europa e negli Stati Uniti. L'obiettivo è avere un quadro della situazione chiaro per esplorare le opportunità che la tecnologia e l'innovazione possono rendere disponibili, specie in relazione ai trapianti di cuore.

Quale pensa debba essere il traguardo da raggiungere in quest'ambito?

Cinquant'anni fa, quando Christiaan Barnard effettuò il primo trapianto di cuore, la sopravvivenza del paziente all'intervento fu già un miracolo. Quando si arrivò a una media di cinque anni di vita dopo il trapianto, la cardiologia mondiale lo considerò un altro risultato eccezionale. Ma il grosso dell'innovazione tecnologica, per lo scompenso cardiaco avanzato, si è sviluppato negli ultimi vent'anni e ha riguardato soprattutto gli organi artificiali. Oggi la sopravvivenza media di un paziente trapiantato è tra i 10 e i 20 anni: non è poco, ma dobbiamo riuscire ad andare oltre. Pensiamo al trapianto di cuore effettuato su un bambino o un ragazzo: per i giovani con i quali affronto questi temi la questione non è "avere o non avere un trapianto", ma vivere a lungo e in modo normale. È questo l'obiettivo che dobbiamo darci per i prossimi 10-20 anni.

Quanto contano, rispetto al 'vivere in modo normale', l'atteggiamento e i comportamenti del paziente?

Moltissimo. Avere l'opportunità di ricevere un cuore 'buono' ed essere una persona motivata è una combinazione vincente, e dopo il trapianto quasi tutto è possibile in termini di qualità della vita:

una persona sulla quale ho eseguito il trapianto qualche tempo fa, ad esempio, adesso gioca in una squadra di football a livello professionistico. Certo, ci sono anche pazienti che dopo il trapianto tornano a fumare e a mangiare junk food: la loro qualità della vita sarà decisamente meno buona.

Ci sono altre sfide che l'innovazione tecnologica può contribuire a vincere? Quale o quali considera prioritarie?

Io credo che una sfida tecnologica, ma anche etica, che dobbiamo impegnarci a cogliere sia quella del trasporto e della distribuzione di organi adatti al trapianto a livello mondiale. Oggi non tutte le zone del pianeta hanno le stesse opportunità di essere raggiunte da un cuore da trapiantare: sono convinto che puntare sull'innovazione in questo campo possa fare molto per ridurre il gap di opportunità tra le diverse aree geografiche, e quindi tra le persone.

Meno di un anno fa, lei ha scritto un articolo relativo alle cure palliative, intitolato "Aggiustare l'anima quando il cuore si è rotto". Cosa ha inteso dire con questa espressione?

Penso che trattare il paziente sottoposto a cure palliative solo dal punto di vista medico non basti: dobbiamo trattare l'intera persona, nella sua complessità. Corpo e spirito, se così si può dire, non sono affatto indipendenti l'uno dall'altro. E noi dobbiamo occuparci di entrambi. Quando lo si fa, si vedono cose molto belle. All'Università di California San Diego facciamo di tutto perché questi pazienti siano seguiti da un team di specialisti che comprende, insieme ai medici, anche psicologi, sociologi e altre professionalità.

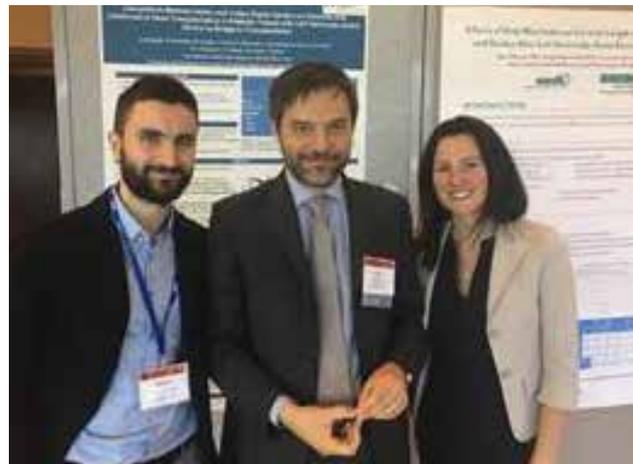
E mi fa molto piacere che da qualche tempo a questa parte anche la ricerca supporti questo approccio.

Una domanda personale. Se non fosse un medico, che altro lavoro le sarebbe piaciuto fare?

In passato mi piaceva scrivere fiction e per qualche tempo l'ho fatto. Ma adesso che sono stato in Italia [per la seconda volta, n.d.r.] vorrei imparare a... fare le pizze.

C'è ancora qualcosa che vuole dire ai nostri lettori?

Sì, e riguarda la sinergia tra il De Gasperis Cardio Center dell'Ospedale Niguarda e l'Università di California San Diego. Nei nostri interlocutori italiani ho trovato una preparazione professionale a livello di eccellenza, specie nell'ambito delle miocarditi e dei trapianti di cuore. Questa è senz'altro una delle ragioni per cui il nostro lavoro insieme funziona così bene.



Enrico Perna,
Enrico Ammirati,
Michela Brambatti,
Ospedale Niguarda, al 37°
Meeting dell'International
Society for Heart
and Lung Transplantation
San Diego, California, 2017



Eric Adler
direttore del Programma
Trapianti Cardiaci
University
of California San Diego

Il cuore è uno zingaro: divagazioni e riflessioni in tema di medicina

Per ragionare sul presente e sul futuro della medicina, ogni numero de “La voce del cuore” ospita un articolo, a cura di Maria Frigerio, che tocca aspetti di natura sociale, antropologica, organizzativa ed etica, oltre che clinica e scientifica.

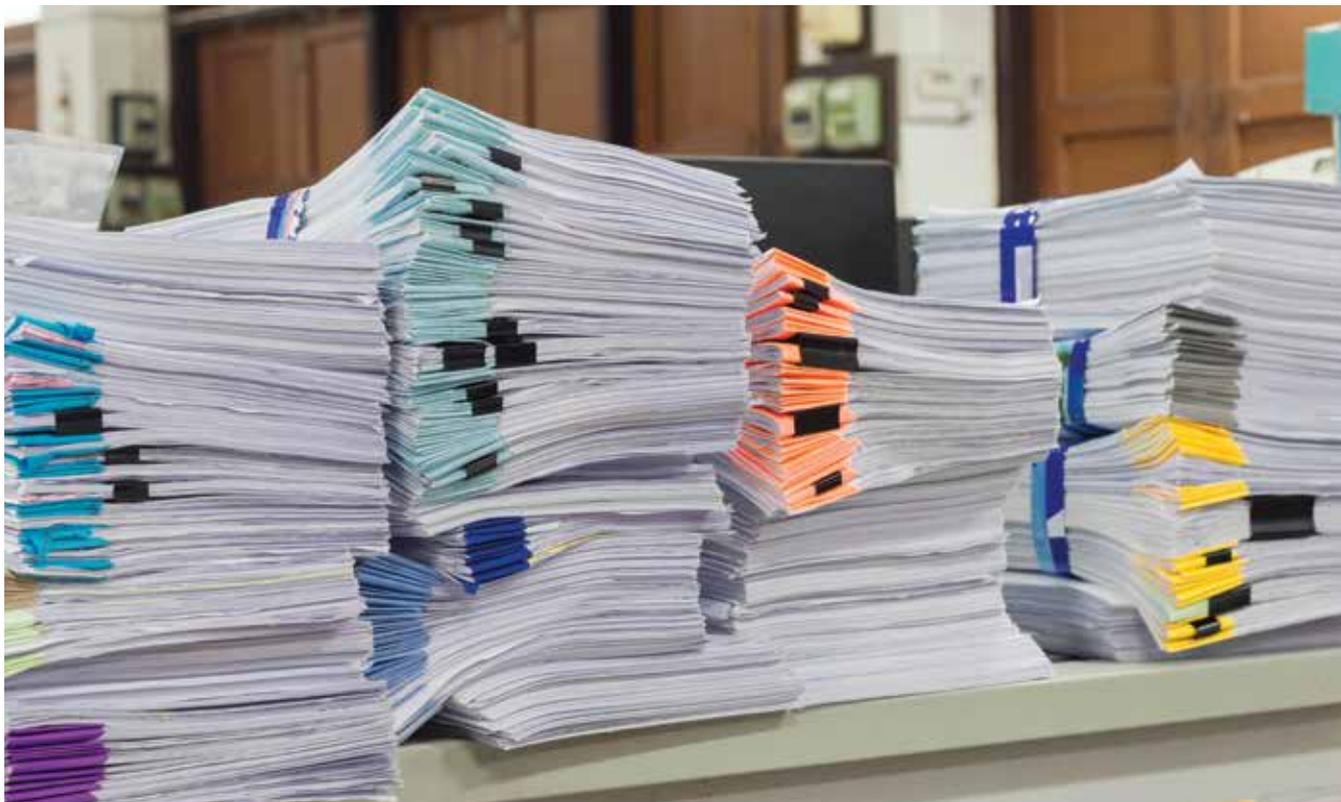
Quando l’eccezione smentisce la regola

La medicina contemporanea si affida sempre più spesso a protocolli di diagnosi e cura standardizzati derivati da stime probabilistiche (probabilità di ammalare, probabilità che una certa condizione sia grave o minacciosa, probabilità di rispondere favorevolmente a un certo trattamento...) validate in studi di popolazione. Valide quindi per molti, ma non per tutti.

In età adulta il sintomo più caratteristico dello scompenso cardiaco è la mancanza di fiato, o dispnea. Ma negli adolescenti, nei giovani e anche negli adulti in buona forma fisica, specie se allenati a svolgere attività sportiva, la dispnea può essere assente o trascurabile, e i primi disturbi riferiti possono essere la perdita di appetito, la difficoltà ad alimentarsi, il dolore o la tensione nei quadranti superiori dell’addome: questi disturbi, che vanno sotto il nome di dispepsia, sono di natura funzionale (cioè non se ne riconosce una causa organica) in circa il 25% dei casi.

Senza una storia familiare di cardiopatia, in una donna tra i 20 e i 30 anni che non fuma e non abusa di alcool o altre sostanze la probabilità di sviluppare una grave malattia di cuore è inferiore all’1%, mentre la probabilità di manifestare qualche disturbo dell’umore è intorno al 6-7%. Se poi la donna non lamenta i sintomi tipicamente associati al cuore (affanno, dolore al petto, palpitazioni, gonfiore alle caviglie), ma riferisce dolore allo stomaco, perdita dell’appetito, insonnia e una generica stanchezza, può accadere che venga considerata ansiosa o depressa, e affidata allo psichiatra. Quando, mesi dopo, al quarto accesso in Pronto Soccorso viene diagnosticata una cardiomiopatia dilatativa, la prima reazione dei familiari è quasi di sollievo (“hanno capito che non è pazza”). Ma non c’è tempo di rifiutare, perché lo scompenso cardiaco è così avanzato da richiedere la candidatura al trapianto di cuore con urgenza. Frastornati e un po’ confusi, la malata e i suoi cari si domandano se una diagnosi più precoce avrebbe permesso di arrestare o almeno rallentare la progressione della cardiopatia; se dopo il trapianto la donna potrà fare una vita normale, incluso avere dei figli; quale malattia abbia danneggiato il suo cuore, e se potrebbe colpire anche il cuore trapiantato... Tutte domande logiche, non a tutte è possibile dare immediatamente risposte certe e rassicuranti.

Attilio Maseri, una delle menti più acute della cardiologia italiana, invitava a studiare gli *outliers*, cioè quelli che stanno fuori dai confini del consueto o del probabile: prima però è necessario saperli identificare.



Si dice che i medici dedichino sempre più tempo ad attività amministrative o compilative, a scapito dell'ascolto del paziente e dell'esame obiettivo. Inoltre, le prestazioni chirurgiche o interventistiche e la diagnostica ad alto contenuto tecnologico sono valorizzate enormemente di più, sotto il profilo economico e del prestigio professionale, rispetto alle attività che impegnano 'soltanto' la cultura e la capacità di relazione del medico. Eppure, in diverse circostanze una diagnosi tempestiva e una terapia farmacologica ben impostata possono essere altrettanto se non più efficaci della chirurgia o di procedure high-tech.

In molti campi della nostra vita, per obbligo o per scelta, tuteliamo noi stessi, i nostri cari, i nostri beni, nei confronti di eventi poco probabili ma potenzialmente catastrofici. Nell'esercizio della medicina conoscere le statistiche è importante, ma di fronte al singolo individuo affidarsi alla stima probabilistica può essere fuorviante: la domanda giusta non è prima di tutto quantitativa (quante siano le probabilità che una ragazza di poco più di 20 anni soffra di scompenso di cuore), ma qualitativa (di quali malattie o condizioni serie, frequenti o rare che siano, il disturbo che questa persona denuncia potrebbe essere la spia). Dunque, finché l'intelligenza artificiale non avrà sostituito la nostra, noi medici dovremo saper ascoltare, osservare e toccare i nostri pazienti. Perché all'inizio le loro storie, i loro sintomi e segni di malattia sono tutto quello che abbiamo, da cui dipende quello che seguirà.



*Maria Frigerio
Direttore
Cardiologia 2
De Gasperis Cardio Center
Ospedale Niguarda*

“Strumenti per la riabilitazione cardiologica”

- 6 cicloergometri
- nuovi sistemi di monitoraggio durante l'allenamento
- gestione computerizzata dei programmi di training individuali

Pazienti in bicicletta



La Cardiologia Riabilitativa del De Gasperi Cardio Center ha l'obiettivo di favorire nel paziente cardiopatico la piena ripresa dell'attività fisica e lavorativa, migliorare la qualità della vita e incidere positivamente sul successivo decorso clinico.

Uno dei 'traguardi' che ricordiamo per tutta la vita è quando, da piccoli, abbiamo imparato ad andare in bicicletta. E sai perché? Perché abbiamo creduto in noi e abbiamo allargato i nostri orizzonti.

Se ci pensi bene, i punti in comune tra l'imparare ad andare in bici e la riabilitazione affrontata dal paziente cardiopatico sono tre: la crescita della fiducia in se stessi (posso farcela, andare verso una vita normale); l'acquisizione di 'margini di manovra' più ampi (grazie alla salute che migliora) e il fatto di farlo... pedalando.

La riabilitazione è una tappa cruciale del percorso di trattamento e cura del paziente cardiopatico; i suoi effetti positivi sulla prognosi, la capacità funzionale e la qualità della vita sono indiscutibili; e anche le linee guida internazionali raccomandano da tempo gli interventi di riabilitazione.

Ci dai una mano?

Ti abbiamo fatto tornare bambino per un momento per dirti che la nostra fondazione ha deciso, nell'ambito della sua azione a favore del De Gasperis Cardio Center, di dotare la Cardiologia Riabilitativa di nuovi strumenti - 'biciclette' ma non solo - che aiutino i pazienti in questo percorso. E per chiederti se ci stai a darci una mano a raggiungere questo obiettivo.

Il nostro obiettivo: una riabilitazione innovativa

Che cosa vogliamo fare? Vogliamo dotare la Cardiologia Riabilitativa di sei cyclette un po' speciali che consentono un allenamento aerobico modulabile dei pazienti: tecnicamente si chiamano cicloergometri e sono dotate di una resistenza elettromagnetica che permette di modificare il carico di lavoro del paziente da 5 a oltre 200 watt. Vogliamo sostituire con apparecchiature più moderne e complete il sistema di monitoraggio elettrocardiografico per la valutazione della frequenza cardiaca e di eventuali aritmie durante l'allenamento. Vogliamo implementare un sistema computerizzato per gestire i programmi personalizzati di training fisico. E vogliamo rendere disponibile un nuovo sistema per prove da sforzo.

A che cosa servirà il nostro intervento

A rendere più efficace il percorso cardioreabilitativo dei pazienti. Questa funzione oggi è conosciuta come Macroattività Ambulatoriale Complessa che coinvolge diverse figure professionali: cardiologi, infermieri, fisioterapisti, dietisti, dietologi, psicologi e, se necessario, altri specialisti.

A usufruire dei benefici dei nuovi dispositivi saranno i pazienti che accedono all'ambulatorio della Cardiologia Riabilitativa per 2-3 ore al giorno, per un periodo di 4-5 settimane. Complessivamente gli accessi sono circa 3mila l'anno. In prevalenza, sono pazienti che hanno avuto un infarto miocardico e/o angioplastica coronarica, o con insufficienza cardiaca, arteriopatia periferica o altre patologie cardiovascolari.

Come puoi aiutarci

Per sostenere il progetto

"STRUMENTI PER LA RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA",
usa il modulo di conto corrente allegato a "La voce del cuore" oppure
visita il nostro sito dove potrai scegliere altre modalità utili per la donazione.



Sostieni la Fondazione

Visita il sito www.degasperis.it

DONA IL TUO 5 X 1000 ALLA FONDAZIONE A. DE GASPERIS

PER SOSTENERE LA RICERCA,
LA PREVENZIONE E LA CURA DELLE MALATTIE DEL CUORE



Fonte ISTAT, ultimi dati disponibili



FONDAZIONE CENTRO CARDIOLOGIA
E CARDIOCHIRURGIA **A. DE GASPERIS**

Niguarda Ca' Granda

CODICE FISCALE:

09536810154

ALLA VOCE VOLONTARIATO