



SEGRETERIA: Lunedì e Giovedì 9.30-11.30 • Via M. d'Azeglio 21/c • 34129 Trieste • Tel. 040 7606490 • Cell. 353 4684315

Sito web: www.dolcecuoretrieste.it • E-mail: dolcecuoreonlus@libero.it info@dolcecuoretrieste.it • Pec: dolcecuore@pec.csvfg.it - Codice Fiscale: 80036120329 • Iban: IT62H0200802218000021592506

La pubblicazione si propone di far conoscere e diffondere informazioni e pratiche utili all'auspicabile e possibile superamento e successiva riabilitazione, fisica e psicologica, delle limitazioni indotte da problemi causati da una sindrome cardiovascolare

I Soci e gli Amici dello Sweet Heart, desolati, hanno appreso la scomparsa di Francesca Rutigliano e preso atto del fatto che la rilevante e non comune partecipazione solidale, che la cara Francesca ha costantemente dedicato alla nostra Associazione, non potrà più, come nel passato, essere goduta dalla nostra comunità, che a Lei era teneramente affezionata. La dolce Francesca, maestra di vita e di cultura, purtroppo non sarà più al nostro fianco anche nell'affrontare con generosità le problematiche della vita associativa. Celebriamo il suo ricordo attraverso la rilettura di una sua composizione, pubblicata proprio dal nostro giornale, che, con commozione, di seguito riportiamo integralmente.

"Nel fascino della storia"

Fra le molteplici iniziative svolte, oggi si predilige la storia. Ci accoglie Cividale del Friuli, cittadina adagiata sulle rive del fiume Natisone fra le propaggini delle Prealpi Giulie. La signora Carla, guida turistica regionale, ci indica il duomo risalente al XV e XVI secolo, il municipio e la statua di Giulio Cesare. Mentre illustra le fasi salienti della storia longobarda, ci conduce verso il "Museo archeologico medioevale", interamente dedicato alla vita quotidiana svolta nei castelli del circondario, di cui custodisce preziosi reperti e fedeli ricostruzioni di ambienti, costumi e oggetti significativi. L'archeologia funeraria di età longobarda mostra l'evoluzione di questo popolo, sia nell'ambito religioso (le croci), sia in quello economico (dal baratto alle monete metalliche). Di pregevole valore artistico sono l'ara del duca longobardo Rachis, l'ottagonale battistero di San Callisto e quanto si osserva nell'oratorio di Santa Maria in Valle, chiamato anche "Tempietto longobardo". È un mirabile ambiente costruito nel VIII secolo, in cui architettura, pittura e scultura creano una preziosa armonia di forme e colori. La storia e l'arte, però, non ci distraggono dal paesaggio naturale dominato dal "Ponte del diavolo" che sovrasta il limpido ed impetuoso Natisone. Nel ristorante "La sorgente longobarda" si consuma il pranzo con cibi genuini, gustosi, dal sapore della tradizione antica. La visita al museo archeologico medioevale di Attimis ci offre un viaggio nel tempo, nell'epoca dei castelli, quando questi avevano funzione di difesa del territorio. Suppellettili, ceramiche, sculture, arte decorativa, armi, numismatica, bolle, sigilli, provengono anche dagli otto castelli vicini, dove, fra gli abitanti, prevalevano la caccia, la pesca, l'agricoltura e l'allevamento; tutte pagine di storia molto interessanti da custodire, valutare e trasmettere ai posteri...

Un ringraziamento speciale e un lodevole plauso all'organizzazione e a Furio Delben per il loro generoso impegno. Bravi tutti! Alla prossima!

➔ Francesca Rutigliano

Ricordando Francesca

Ricordo con profondo affetto la cara Francesca, che ho conosciuto in palestra al mio arrivo. Mi ha subito accolto con gentilezza e con un dolce sorriso. Affermava che la ginnastica non era solo movimento del corpo ma occasione preziosa di condivisione delle nostre vite. Amava raccontare il suo passato da insegnante, professione che svolgeva con grande dedizione, competenza ed autorevolezza. Mi raccontava della sua famiglia con orgoglio: del marito e degli abiti che faceva realizzare per lei, dei suoi amatissimi nipoti, ai quali dedicava tempo e supporto agli studi. Conserverò nel cuore la sua immagine di persona elegante nel suo inconfondibile cappotto rosso quando, uscendo dallo spogliatoio, ci rivolge un ultimo saluto, dopo la ginnastica.....

Ciao Francesca

Marina con Assunta, Ausilia, Laura, Marisa, Mirella, Rosa, Silvana



Ai cari Amici Soci e Lettori

de "L'Informatore"

L'esperienza di due anni al timone de "L'Informatore", edito dallo Sweet Heart Dolce Cuore, mi hanno indotto ad aggiornare i desideri e gli abituali interessi nell'ambito dell'Associazione, in quanto attratto da un complesso di stimoli e tematiche adatti ad invogliare, provocare, convincere e forse migliorare le possibilità di modifica degli obiettivi fin qui fissati ed in parte raggiunti, in funzione di interessi associativi diversi (così da confortare ovvero a diversamente meditare, mediante la lettura, i propositi del primo periodo di collaborazione).

L'attuale insegna societaria (annotata a margine del titolo del giornale) ci prospetta ed indica il lodevole compito di "far conoscere e diffondere informazioni e pratiche utili all'auspicabile e possibile superamento"... "delle limitazioni indotte da problemi causati da una sindrome cardiovascolare", funzioni tuttora indicative dell'attuale indirizzo societario (giusta la denominazione originaria del sodalizio quale "circolo di cardiopatici", mansione quest'ultima, ancora in uso, implicata particolarmente nell'argomento "prevenzione delle sindromi cardiovascolari").

In effetti, grazie alle recenti innovazioni legislative ed alle molteplici attività salutari/sanitarie che l'Associazione Sweet Heart ha portato a compimento, sia in ambiente sociale che sanitario, mi sono reso conto (in sintonia con le aspettative del Dipartimento Specialistico Territoriale) del fatto che l'eventuale innovativa definizione di programmi e attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, rivolte alla cittadinanza, possano risultare fondata premessa di sostanziale apporto, da parte nostra, ai programmi dipartimentali (in relazione alle attività che l'Associazione, in maniera collaterale, potrebbe svolgere a favore non soltanto delle sindromi cardiovascolari ma anche di quelle dismetaboliche e polmonari, in appoggio alle attività riabilitative cardio-respiratorie d'istituto, integrando così le funzioni garantite dalle strutture di Riabilitazione territoriale).

In tale ottica, mi permetto di rivolgere ai Lettori tutti, in particolare ai Sigg. Soci, un questionario di opinione (anonimo), che sarà diffuso e distribuito presso le nostre sedi di esercitazioni ginniche e che, in quanto compilato, potrà essere utile ad indicare modalità alternative di comunicazione onde ispirare eventuali conseguenti produzioni redazionali, appropriate alle propensioni della maggioranza dei Sigg. Lettori e Soci, allo scopo di rendere la lettura gradita e partecipata in maggior misura.

In attesa di una tua gradita partecipazione, ti porgo un caro saluto

➔ **Il Direttore Responsabile**
Pietro Broussard



A far seguito dal numero precedente, continua l'annunciata pubblicazione del testo del volume "PIANETA CUORE 3.0", Autori il prof. Gianfranco Sinagra e la dott.ssa Maddalena Rossi, testo che sarà suddiviso secondo le

parti progressive in cui si articola (capitoli) in corrispondenza dei numeri del presente periodico.

Si ringraziano gli Autori per la gentile concessione, atta a fornire, ai Consoci ed ai Lettori tutti, validissimi elementi di conoscenza, utili a favorire la prevenzione delle malattie cardiovascolari, contribuendo altresì a promuovere, tra l'altro, attività di tipo assistenziale, ricreativo e culturale, in sintonia ai metodi indicati dagli Organi Sanitari.

PIANETA CUORE 3.0

CAPITOLO 13 **La fibrillazione atriale**

La fibrillazione atriale è un'aritmia (disturbo della regolare normalità del battito cardiaco) molto frequente, soprattutto nelle persone anziane. Il ritmo normale (sinusale) viene sostituito da un'attività elettrica irregolare. Infatti le cellule atriali si attivano elettricamente più di 300 volte al minuto, ma in modo del tutto autonomo e non coordinato, tanto che gli atri perdono, durante la fibrillazione atriale, la capacità di contrarsi. Questo numero

così elevato di impulsi non passa ai ventricoli, ma viene “filtrato” dal nodo atrio-ventricolare che ne lascia passare solo una certa quota, generalmente tra i 90 e 160 al minuto.

Classificazione della fibrillazione atriale

La fibrillazione atriale può essere:

- **parossistica** quando si cardioverte (ritorna a ritmo sinusale) spontaneamente o tramite intervento medico in meno di una settimana;
- **persistente** quando dura più di 1 settimana;
- **persistente di lunga durata** quando dura più di 1 anno, ma vi è ancora la possibilità e la volontà di ripristinare il ritmo sinusale;
- **permanente** quando medico e paziente “accettano” l’aritmia e, se necessario, si utilizzano farmaci per rallentare i battiti del cuore. Più lunga è la durata della fibrillazione atriale, meno probabile è la sua conversione spontanea a ritmo sinusale e più difficile è la sua cardioversione a causa del rimodellamento atriale.

Quanto è frequente e chi ce l’ha?

La fibrillazione atriale è l’aritmia sopraventricolare **più frequente**, in particolare nei soggetti anziani, basti pensare che quasi il 10% delle persone di età superiore agli 80 anni ne è affetto. Spesso è associata ad altre patologie, come ipertensione arteriosa, valvulopatie, scompenso cardiaco o ischemia cardiaca, ed è facilitata da tutte quelle condizioni che causano un ingrandimento delle camere atriali. Accanto a queste cause, altre malattie che non coinvolgono direttamente il cuore possono favorire l’aritmia, ad esempio alterazioni della ghiandola tiroide o patologie polmonari come la BPCO. La fibrillazione atriale si può manifestare, però, anche in persone giovani e completamente sane. In questi soggetti è più facile che si presenti in maniera parossistica, mentre nei pazienti più anziani sarà più facilmente permanente.

Sintomi della fibrillazione atriale

Se sei affetto da fibrillazione atriale potresti aver avvertito questi sintomi: **palpitazioni** (battito cardiaco accelerato e irregolare, sintomo di gran lunga più frequente), **debolezza** o spossatezza, **mancanza di fiato**, dolore o senso di costrizione al petto, **capogiro**, stordimento o sensazione di svenimento. Tuttavia, la fibrillazione atriale può manifestarsi anche in maniera asintomatica, quando il paziente non “sente” l’aritmia. I meccanismi per cui quest’aritmia provoca sintomi sono sostanzialmente due: da un lato, il cuore batte in maniera irregolare e spesso più velocemente del normale; dall’altro, la perdita della contrazione atriale riduce lievemente la quantità di sangue che dagli atri passa ai ventricoli e poi alla circolazione. Questa combinazione di eventi fa sì che l’aritmia provochi sintomi simili allo scompenso cardiaco (mancanza di fiato, stanchezza), oltre alla sensazione di battito accelerato ed irregolare. Un consiglio uti-

le per riconoscere la fibrillazione atriale: quando misuri la pressione, l’apparecchio che usi generalmente ti fornisce anche il valore di frequenza cardiaca. Guardalo. Se ti accorgi che questo valore varia molto tra una misurazione e l’altra, se è molto elevato, oppure se è diverso da quello che per il tuo organismo è abituale, contatta il tuo medico di famiglia.

Strategie terapeutiche

Come abbiamo già accennato in precedenza, per la fibrillazione atriale disponiamo di diverse strategie terapeutiche. La prima strategia è quella di **interrompere l’aritmia** e ripristinare il normale ritmo cardiaco, il ritmo sinusale; questa procedura prende il nome di cardioversione, e può essere effettuata con i farmaci (gli antiaritmici) oppure elettricamente (cardioversione elettrica). Gli **antiaritmici** sono farmaci da utilizzare con cautela, e possono essere pericolosi se non assunti sotto stretta indicazione del medico. Essi sono però efficaci nel ripristinare il ritmo sinusale e, soprattutto, nel mantenerlo una volta ripristinato. La cardioversione elettrica consiste nell’erogazione di una piccola scarica elettrica che, intercettando l’attività elettrica del cuore, “resetta” i circuiti del cuore, permettendogli di riprendere un ritmo regolare. È una procedura semplice, prevede l’utilizzo di farmaci che addormentano il paziente solo per i pochi minuti necessari ad erogare la scarica e garantiscono il pronto risveglio, e può essere effettuata sia in urgenza che dopo programmazione. Accanto a queste opzioni non invasive, esiste una tecnica, l’**ablazione** (a radiofrequenze o la crioablazione), che può consentire, attraverso l’inserimento di un catetere nel cuore, di eliminare l’aritmia, effettuando delle piccole bruciature nelle aree che innescano e mantengono la fibrillazione atriale e permettendo quindi il ripristino e il mantenimento del ritmo sinusale. Questa tecnica va riservata ad alcuni casi selezionati: pazienti giovani che non hanno altre alterazioni a livello cardiaco, quando i farmaci antiaritmici falliscono o sono mal tollerati e quando l’aritmia compromette la funzione di pompa di cuore. Tutte le opzioni sopraelencate non garantiscono la risoluzione permanente dell’aritmia e, soprattutto, anche dopo la riuscita iniziale, non eliminano la possibilità di recidiva. Ad esempio, può essere necessario ripetere l’ablazione. Nel caso in cui non si dovesse riuscire ad eliminare la fibrillazione atriale, si può optare per una strategia farmacologica di **controllo della frequenza cardiaca**, utilizzando dei **farmaci** (ad esempio, **betabloccanti**, **calcio-antagonisti**) che rallentano il cuore mantenendolo però fibrillante. Anche in questo caso, se la terapia farmacologica non dovesse risultare efficace, si potrebbe optare per la strategia di **“ablate and pace”**: si esegue un’ablazione del nodo atrio-ventricolare (quello che conduce gli impulsi elettrici dagli atri ai ventricoli), eliminando la via di comunicazione tra le camere cardiache, e si esegue poi l’impianto di un pacemaker, un dispositivo che indica al cuore quando contrarsi (vedi capitolo 14).

Quali sono i rischi?

La fibrillazione atriale è un'**aritmia benigna**, non comporta in sé pericoli per la vita dei pazienti che ne sono affetti. La conseguenza più frequente è lo sviluppo di scompenso cardiaco, con sintomi quali mancanza di fiato, affaticamento e stanchezza, che può essere risolto facilmente dal medico con la somministrazione di farmaci adeguati (generalmente diuretici). Il rischio più importante per un paziente con la fibrillazione atriale è quello tromboembolico, cioè di sviluppare un **coagulo** a livello delle camere atriali (che non si contraggono in maniera adeguata, e causano il ristagno del sangue presente al loro interno). Il coagulo (trombo) può, una volta che si sia ripristinato il ritmo normale e che gli atri abbiano ripreso a contrarsi, embolizzare, e cioè viaggiare nei vasi sanguigni, fino a che questi, troppo stretti per permetterne il passaggio, non vengano ostruiti dal trombo stesso. In caso di tromboembolismo dovuto alla fibrillazione atriale, l'organo più frequentemente coinvolto è il cervello: se si ostruisce un'arteria che porta sangue al cervello, il risultato può essere un **ictus**.

Per questo è molto importante che i pazienti con fibrillazione atriale assumano regolarmente una **terapia anticoagulante**, come prescritta dal medico. Inoltre, visto che il trombo eventualmente presente viene sospinto in circolo dalla ripresa della contrazione atriale, e quindi del ritmo sinusale, il medico non effettuerà una procedura di cardioversione (né farmacologica, né elettrica), senza un'adeguata terapia anticoagulante o senza effettuare esami aggiuntivi che accertino l'assenza del trombo.

Gestione della terapia anticoagulante

La terapia anticoagulante va iniziata nel momento in cui viene diagnostica la fibrillazione atriale. A parte le fasi iniziali, e per lo più ospedaliere, in cui ti potranno essere prescritti farmaci che somministrano attraverso un'iniezione, la maggior parte dei pazienti assumeranno gli anticoagulanti per via orale. La classe di farmaci più comunemente utilizzata in passato è stata quella dei **dicumarolici** (warfarin), che agiscono inibendo alcuni fattori del sangue che promuovono la coagulazione del sangue e che dipendono, per il loro funzionamento, dalla vitamina K. Essi non hanno una dose standard di somministrazione, ma il loro dosaggio deve essere stabilito dal medico sulla base di un valore (il tempo di protrombina, espresso come INR) che si determina con un prelievo di sangue. Perché la terapia anticoagulante sia efficace, l'**INR** deve essere mantenuto in un range che va da 2 a 3: al di sotto non funziona, al di sopra aumenta il rischio di sanguinamento. La frequenza con cui si esegue il prelievo ematico (generalmente ogni 10–30 giorni) dipende dalla "stabilità" del valore di INR stesso: nei periodi iniziali di un trattamento anticoagulante, ti potrà essere richiesto di sottoporri più frequentemente al prelievo, in modo da permettere al tuo medico di trovare il dosaggio adeguato per te;

questo potrà succedere anche se altre condizioni dovessero determinare una variazione di questa "stabilità", come ad esempio l'introduzione di un nuovo farmaco per un'altra patologia oppure il cambiamento delle tue abitudini alimentari. I farmaci dicumarolici, infatti, subiscono numerose interferenze con altre sostanze, sia farmacologiche che alimentari: queste possono influenzare da un lato l'assorbimento del farmaco stesso (riducendolo o aumentandolo) e dall'altro i livelli di vitamina K, che funge da antidoto contro il farmaco anticoagulante. Gli alimenti che dovrai cercare di evitare, o comunque ridurre, in corso di terapia anticoagulante orale con dicumarolici sono principalmente le verdure verdi, e in particolare a foglia larga, il pompelmo, il mirtillo; per quanto riguarda le interazioni con altri farmaci, dovrai far presente al medico che assumi questa terapia, in modo che possa prescriverti i trattamenti adeguati. Qualche esempio? I farmaci che più comunemente interferiscono con gli anticoagulanti sono gli antibiotici, ma anche la terapia anticoncezionale con pillola estroprogestinica.

Negli ultimi 10 anni sono stati sviluppati e approvati anche una nuova classe di farmaci anticoagulanti orali che bloccano direttamente fattori strategici della coagulazione del sangue, non dipendenti dalla vitamina K, e che quindi sono poco influenzati dall'alimentazione e da concomitanti terapie. I **nuovi anticoagulanti orali (NAO – apixaban, dabigatran, edoxaban, rivaroxaban)** hanno dimostrato un'efficacia pari o superiore ai dicumarolici nel ridurre il rischio di eventi tromboembolici e di sanguinamento, sono somministrati con un dosaggio standard e non necessitano dei periodici prelievi ematici. Questo rende la loro assunzione più facile e sicura, a patto che sia regolare. Essi non possono essere somministrati, però, in caso di grave disfunzione del rene, in presenza di una severa malattia valvolare o di una protesi valvolare meccanica (vedi capitolo 15), casi in cui i dicumarolici restano farmaci insostituibili.

Quali sono i rischi della terapia anticoagulante?

In primis, se non adeguatamente assunta, non viene eliminato il rischio tromboembolico, e quindi di ictus. Secondariamente, aumentano la probabilità di sanguinamento: tieni presente che se ti tagli, il sangue avrà bisogno di più tempo per coagulare, e presta maggiore attenzione alle cadute, in particolare ai traumi cranici! In ogni caso, comunica sempre al personale sanitario che assumi farmaci anticoagulanti. In pazienti con fibrillazione atriale permanente molto selezionati, alto rischio di ictus e controindicazione all'anticoagulante (ad esempio per emorragie cerebrali) può essere indicata la **chiusura dell'auricola sinistra**, una procedura mini-invasiva che viene realizzata attraverso l'inserimento di una piccola protesi o rete che "chiude" l'auricola, una specie di sacchetto che "penzola" dall'atrio sinistro, in cui si formano circa il 90% dei trombi.

capitolo 14

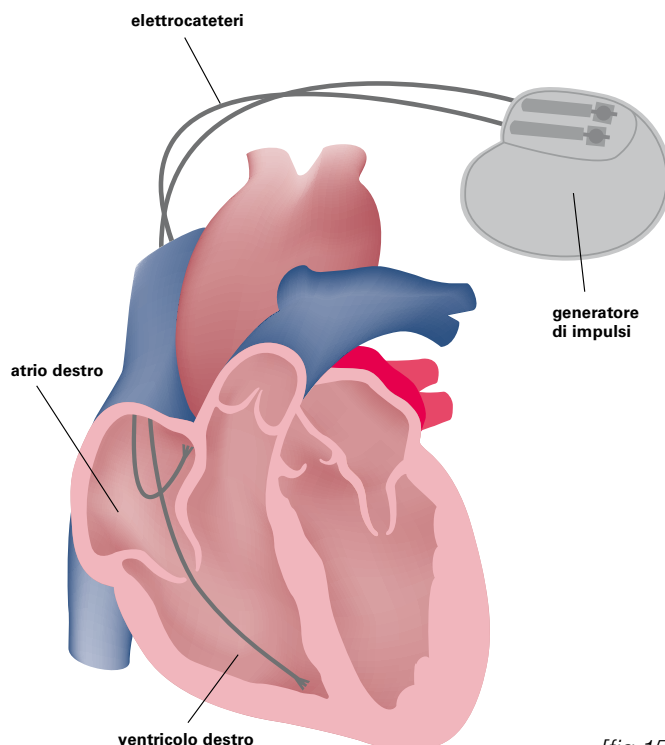
Il Pacemaker /Defibrillatore

Abbiamo già parlato del funzionamento del circuito elettrico del cuore, e di come esista una struttura che ha la funzione di pacemaker naturale del cuore, fornendo l'impulso che, diffondendosi, ne permette la contrazione. Nel caso in cui il segnapassi smetta di funzionare, e cioè generi impulsi elettrici in quantità non adeguata, una soluzione possibile per aiutare il cuore a mantenere un ritmo regolare è l'impianto di un pacemaker. È una procedura molto comune: basti pensare che nel 2019 sono stati impiantati in Italia 22.889 pacemaker e 17.328 ICD.

14.1 Che cos'è il pacemaker e come funziona

Il pacemaker è un sistema composto da un generatore di impulsi e da uno, due o in alcuni casi tre fili (detti elettrocatteteri o più semplicemente elettrodi) che lo connettono al cuore. Un pacemaker moderno è molto piccolo: pesa circa 30 grammi, ha dimensioni inferiori a 5 centimetri di larghezza e ha uno spessore di 6 millimetri. Contiene una batteria ed un circuito elettronico che funziona come un piccolo computer, registrando continuamente informazioni relative al ritmo cardiaco, controllando in particolare se il cuore stia battendo troppo lentamente, in modo regolare o irregolare e, in caso di battiti irregolari, memorizzando i dati relativi al ritmo anomalo. Se il cuore batte troppo lentamente il pacemaker emette segnali elettrici, i quali vengono trasmessi al cuore attraverso gli elettrodi e lo fanno battere più velocemente. Il pacemaker trae l'energia sufficiente a svolgere quest'attività da una batteria che ha una durata variabile tra i 5–10 anni, a seconda della quantità di stimolazione necessaria.

Grazie al costante sviluppo tecnologico ci sono ora diversi sistemi disponibili per le diverse esigenze. Esistono diversi tipi di pacemaker, monocamerale (cioè con un elettrocatteter) o bicamerale (due elettrocatteteri). [fig 15] Nei pacemaker monocamerale vi è un elettrocatteter la cui punta è collocata nel ventricolo destro. Nei pacemaker bicamerale gli elettrodi sono collocati uno nell'atrio destro e uno nel ventricolo destro. Negli ultimi anni, poi, si sono diffusi nuovi dispositivi in grado di attivare direttamente il sistema di conduzione (fascio di His o la branca sinistra), consentendo all'impulso elettrico di raggiungere il miocardio nel modo più fisiologico possibile, cosa fondamentale nei pazienti che necessitano di una stimolazione ventricolare permanente. Alcuni pacemaker, inoltre, sono in grado di adattarsi all'attività del paziente: il dispositivo sente lo sforzo che il paziente sta sostenendo, quando si muove, quando il respiro si fa più frequente ed interpreta queste informazioni come "attività fisica in atto" per cui inizia a stimolare il cuore più



[fig 15]

rapidamente. Al contrario, quando il paziente rallenta la sua attività e si riposa, il pacemaker riduce la frequenza di stimolazione. Da alcuni anni vengono impiantati, in alcuni casi selezionati e solo in pochi Centri, dispositivi miniaturizzati (volume < 1 cc, peso < 2 g) inseriti direttamente nel cuore, senza la presenza di elettrocatteteri (detti "leadless", senza fili). In ogni caso è il medico a decidere quale tipo di dispositivo sia più indicato in base alle specifiche esigenze di ogni paziente, e, all'interno di ogni singolo tipo di device, decide che impostazioni programmare per far sì che il funzionamento del pacemaker sia il migliore possibile per il singolo paziente. Il medico può accedere alla memoria del device e cambiarne le impostazioni, tramite il dispositivo di programmazione, un "computer" che si chiama programmatore, utilizzando una testina magnetica che si appoggia sul torace del paziente al di sopra del pacemaker, e permette di comunicare con esso, in maniera del tutto indolore.

14.2 Il defibrillatore impiantabile e la terapia di re-sincronizzazione

Accanto ai pacemaker "tradizionali", esistono altri dispositivi analoghi ma che non si limitano al solo trattamento dei problemi relativi alla bassa frequenza cardiaca. Il defibrillatore impiantabile o ICD (Implantable Cardioverter-Defibrillator) è un dispositivo che, oltre a possedere tutte le funzioni precedentemente descritte nei pacemaker, è anche capace di interrompere alcune aritmie ventricolari particolarmente rapide, prolungate e potenzialmente fatali. L'interruzione delle aritmie può avvenire in due modi: 1) con la semplice stimolazione cardiaca (come nei pacemaker tradizionali), ma ad una frequenza tale da interagire con l'aritmia ed interromperla, utile per esempio in caso di tachicardie potenzialmente pericolose ma regolari e

non particolarmente rapide; 2) con l'erogazione di una scarica elettrica ad alta energia (shock), analogamente ai defibrillatori esterni, in grado di interrompere aritmie ventricolari più rapide ed irregolari, come la fibrillazione ventricolare, causa principale della morte improvvisa. Da quando è stato impiegato, l'ICD ha salvato la vita a migliaia di persone; è come se si avesse sempre con sé un medico capace di eseguire una precisa diagnosi e trattare tempestivamente le aritmie più gravi. L'applicazione dell'ICD è del tutto identica a quella dei comuni pacemaker, cambia solamente la tipologia dell'elettrocattetero impiantato; è un intervento da riservare a pazienti rigorosamente selezionati in base a caratteristiche cliniche e strumentali. Per alcuni pazienti si può utilizzare un **defibrillatore impiantabile sottocutaneo** che viene collocato sotto l'ascella sinistra e collegato ad un elettrodo posizionato anteriormente al torace, in sede interamente sottocutanea e non all'interno delle vene. Tali dispositivi evitano la presenza di elettrodi all'interno del sistema circolatorio, potenziale fonte di problemi soprattutto nel lungo termine; hanno tuttavia una funzione limitata alla sola erogazione della scarica ad alta energia, senza la possibilità di stimolare il cuore come gli ICD tradizionali ed i pacemaker. Tale dispositivo viene generalmente riservato ai pazienti molto giovani, con patologie ad elevatissimo rischio aritmico ma senza necessità di stimolazione cardiaca e delle funzioni del pacemaker. Esiste poi un vero e proprio defibrillatore "indossabile" (LifeVest) in cui i tre elettrodi da defibrillazione sono tenuti assieme da un indumento elastico da indossare sul torace, e che può rappresentare una soluzione per proteggere quei pazienti che sono a rischio di morte cardiaca improvvisa temporaneamente, senza doverli sottoporre ad una procedura invasiva. La **terapia di resincronizzazione** cardiaca viene effettuata tramite un pacemaker o un ICD dotato di un ulteriore elettrodo situato in una vena cardiaca che dall'interno del cuore raggiunge la parete esterna del ventricolo sinistro.

Questo terzo elettrodo può, in rari casi, venir posizionato direttamente sulla superficie esterna del cuore attraverso un intervento chirurgico. Durante la procedura d'impianto è necessario somministrare una speciale sostanza (il mezzo di contrasto a base di iodio), per visualizzare correttamente la vena cardiaca in cui posizionare il terzo elettrodo. Questo dispositivo ha la funzione di migliorare la funzione del cuore, sincronizzando la contrazione stimolando entrambi i ventricoli simultaneamente e quindi aiutando il cuore a svuotarsi in modo corretto. Quindi, oltre agli effetti tipici del pacemaker e del defibrillatore, si ottiene una riduzione dei sintomi legati allo scompenso cardiaco. Anche in questo caso, i pazienti che possono beneficiare di questa terapia vanno attentamente selezionati sulla base dei diversi criteri clinici e strumentali. Recentemente è stato introdotto anche un altro dispositivo per i pazienti con scompenso cardiaco: la **Modulazione della Contrazione Cardiaca**, che ha lo scopo di migliorare la contrattilità cardiaca tra-

mite l'erogazione di una piccola quantità di energia vicino alle vie di conduzione. Al momento è riservata a pochi pazienti ben selezionati.

Chi può aver bisogno del pacemaker

Abbiamo visto che esistono diversi tipi di pacemaker. Per quanto riguarda quello "tradizionale", i pazienti che ne possono beneficiare sono quelli in cui il segnapassi naturale del cuore (nodo seno atriale) smette di funzionare, o comunque rallenta eccessivamente la sua attività. Ciò accade tipicamente nei pazienti anziani, oppure in seguito all'ischemia cardiaca che coinvolge il territorio del nodo seno atriale, ma anche in persone più giovani senza cardiopatia. In questo caso, ci sarà bisogno di un pacemaker che vicari quello naturale del cuore, e che quindi abbia un elettrocattetero a livello atriale. Un'altra eventualità in cui si rende necessario l'impianto di pacemaker è quando il sistema elettrico del cuore che conduce gli impulsi dagli atri ai ventricoli non funziona più. Anche questa eventualità è più tipica dei pazienti anziani, e in questo caso il pacemaker, che deve sostituire il normale sistema di conduzione elettrica del paziente, deve essere bicamerale, con un elettrocattetero a livello atriale (per "sentire" gli impulsi che originano nel nodo del seno dove viene "decisa" dal paziente la frequenza cardiaca) ed uno a livello ventricolare (per garantire la contrazione successiva dei ventricoli). I pacemaker monocamerale, invece, possono essere indicati quando non vi è necessità di sentire o stimolare l'attività in atrio (per esempio in presenza di fibrillazione atriale permanente) ma vi è una bassa frequenza cardiaca spontanea o iatrogena, dovuta a farmaci o indotta mediante interruzione della conduzione elettrica tramite ablazione (procedura di "ablate and pace" – vedi capitolo 13). Questi pacemaker sono indicati anche in tutti i casi in cui sia sufficiente garantire la stimolazione ventricolare, anche sporadicamente (pacemaker "sentinella"). Per quanto riguarda l'ICD e la CRT, le indicazioni sono diverse: si utilizzano in caso di scompenso cardiaco refrattari alla terapia farmacologica, o in caso di malattie primitive del cuore ad elevato rischio aritmico.

Dopo l'impianto

La procedura di impianto di pacemaker è generalmente ben tollerata dai pazienti. Si effettua con la sola anestesia locale, ed il paziente è sveglio durante tutta la procedura. Nei dispositivi tradizionali consiste nella creazione di una piccola tasca (dove viene posizionata la cassa del pacemaker o dell'ICD) con un'incisione sulla cute, generalmente al di sotto della clavicola sinistra, e nel posizionamento degli elettrocatteteri attraverso un vaso venoso fino al cuore. Nel periodo immediatamente successivo all'impianto, andranno osservate alcune cautele:

- riposa qualche giorno, evitando sforzi fisici intensi. Non bagnare la ferita fino alla sua guarigione (generalmente, la rimozione dei punti av-

- viene dopo circa 15 giorni), una volta cicatrizzata potrai riprendere a fare il bagno o la doccia;
- evita movimenti ampi con il braccio del lato in cui viene impiantato il device, in particolare nei primi giorni;
 - evita il sollevamento di carichi pesanti nel primo periodo post-impianto;
 - evita l'utilizzo di macchinari che producono forti vibrazioni (es. trapani, saldatrici) e che causino una sollecitazione eccessiva della zona (es. armi da fuoco). Prima di utilizzare questi strumenti, anche a distanza dall'impianto, parlane con il tuo medico.

Passato il primo periodo dopo l'impianto, il paziente generalmente si accorge appena di avere il pacemaker. Non ci si deve aspettare che gli impulsi elettrici che esso fornisce durante il suo funzionamento siano tali da essere rilevati dal paziente: sono talmente deboli da avere azione solo sul cuore! Se però senti sussulti o singhiozzo persistente, è buona norma rivolgerti al medico, così come se la ferita della tasca pacemaker dovesse cominciare ad essere dolente, calda, arrossata e gonfia. Ricorda: una volta impiantato il pacemaker ci si aspetta che tu conduca una vita normale! Potrai riprendere tutte le attività che svolgevi in precedenza, come il giardinaggio, nuotare, fare sport o viaggiare. I pazienti sottoposti ad impianto di un PM non possono guidare per la prima settimana dopo l'intervento. I pazienti sottoposti ad impianto di ICD non possono guidare per il primo mese dopo l'intervento o per i primi 3 mesi se il dispositivo è impiantato a seguito del riscontro di un'aritmia maligna. Porta sempre con te il **tesserino del portatore di pacemaker** e, se prendi l'aereo, avvisa il personale di bordo e ai controlli di sicurezza: ti daranno indicazioni su come attraversare le apparecchiature per il controllo, vicino a cui non è consigliabile rimanere a lungo. Potrai usare i comuni dispositivi elettrici in totale sicurezza (TV, radio, asciugacapelli, rasoi elettrici, elettrodomestici, computer), a patto che siano in buone condizione e, se danneggiati, riparati soltanto da personale specializzato. Dovrai usare soltanto piccoli accorgimenti per gli apparecchi wireless, come ad esempio il telefono cellulare: mentre telefoni tienilo vicino all'orecchio opposto al lato in cui hai il pacemaker, e non riporlo vicino al dispositivo quando lo tieni in tasca. Alcune apparecchiature dispongono di un forte campo elettrico e il loro uso può essere sconsigliato per i portatori di pacemaker. Cerca il simbolo che ne sconsiglia l'utilizzo. [fig 16]



[fig 16] Sconsigliato ai portatori di PM.

Il monitoraggio remoto

Molti dispositivi, ed in particolare quelli più moderni, possono comunicare con apparecchi esterni (trasmettitori) in grado di inviare le informazioni attraverso linea telefonica, visualizzabili via internet

dal personale dell'ambulatorio pacemaker (con le dovute protezioni legate alla privacy). Si tratta di sistemi che vengono tenuti in casa, si posizionano sul comodino ed interrogano (generalmente durante le ore notturne) il pacemaker oppure l'ICD, inviando regolarmente un report sul suo funzionamento, e permettendo un controllo del tutto analogo a quello ambulatoriale (con la sola differenza che non è possibile modificarne i parametri). La trasmissione avviene semplicemente tenendo il trasmettitore acceso ed è del tutto automatica, con periodicità diversa a seconda del modello utilizzato. Il trasmettitore non è un sistema di emergenza. Tuttavia, in caso di allarmi legati ad aritmie gravi, problemi tecnici o scarica della batteria il trasmettitore può inviare una trasmissione supplementare al Centro di riferimento permettendo al personale sanitario di intervenire in tempi più rapidi di quanto sia possibile con il normale controllo ambulatoriale.

Qualche domanda?

Ogni quanto si esegue il controllo del pacemaker?

Se il dispositivo funziona adeguatamente, il controllo avviene generalmente ogni 12–24 mesi. Potrà essere più frequente in caso di anomalie o se c'è la necessità di cambiare le impostazioni del device con la programmazione e più sporadicamente se è disponibile il monitoraggio remoto. Contatta il medico per qualsiasi disturbo legato al pacemaker e segui i regolari controlli.

Quanto dura la batteria? Cosa succede quando finisce?

La batteria del pacemaker dura generalmente intorno ai 10 anni, ma questo valore è variabile in base al tipo di dispositivo e a quanto viene realmente utilizzato. Il tuo medico, durante i controlli, verifica lo stato della batteria e decide se è opportuno cambiarla. La sostituzione del generatore è una procedura semplice perché, nel caso in cui gli elettrocateri siano ben funzionanti, si limita alla sostituzione della cassa del dispositivo, che verrà collegata con i cateteri già posizionati.

Se ho un problema di salute extracardiaco, devo informare il medico che ho un pacemaker?

Assolutamente sì! Generalmente i comuni esami diagnostici e le comuni cure (ad esempio dentarie) non creano alcun problema, ma alcune terapie o esami diagnostici, non sempre possono essere effettuate. Per un lungo periodo l'esecuzione di esami di Risonanza Magnetica (RM) è stata controindicata ai pazienti portatori di dispositivi cardiaci. Ad oggi, grazie allo sviluppo tecnologico, la maggior parte dei dispositivi sul mercato è compatibile con RM (**dispositivi MR-conditional**). Per ogni dispositivo il fabbricante è tenuto a riportare le condizioni nelle quali l'esecuzione di esami MR è sicura ed il medico è strettamente tenuto a seguirle.

14.3 Il Loop-Recorder

È un piccolo dispositivo impiantabile di **registrazione**, utilizzato allo scopo di rilevare e memorizzare le occasionali anomalie del ritmo cardiaco, permettendo un monitoraggio lungo (in media di tre anni). Il dispositivo, infatti, registra in modo continuo il ritmo cardiaco, restituendo un tracciato elettrocardiografico che il medico può consul-

tare ed interpretare anche in modalità remota. Ha le dimensioni di una chiavetta USB (2,5 grammi di peso) e viene posizionato sul petto, sotto la cute, attraverso un'incisione. È raccomandato nel work-up diagnostico di quei pazienti che presentano sintomi suggestivi di aritmie ma che, data la loro scarsa frequenza, non sono state rilevate dagli altri esami strumentali che registrano il ritmo cardiaco per un tempo limitato.

“quelli dello Sweet Heart...”

Al bar dopo la ginnastica



Da quando la quota rosa del primo corso di ginnastica è aumentata, continuare le chiacchiere iniziate nello spogliatoio davanti ad un caffè è diventato quasi un rito “indispensabile”. All’inizio la presenza maschile era limitata al marito di qualcuna di noi, ma, da quando è stato aperto il bar del palazzetto, alcuni maschietti, compagni di corso, si sono uniti a noi. Ci ritroviamo quasi sempre a contendere amichevolmente il compito di chi ha l’onere di pagare il conto: faccio io! No, tu hai fatto l’altra settimana, tocca a me... Ormai la barista ci conosce e ha già unito i tavolini per farci stare tutti insieme. Franca “picia”, sempre la più organizzata, prepara il prospetto per le ordinazioni: - Allora quanti neri? Quanti capi in tazza? Quanti capi in B? Gocciati? — Riepiloghiamo... ho 13, ma noo... siamo in quattordici, rifacciamo la conta per alzata di mano... Insomma, alla fine, il prome-



moria viene consegnato e si affacciano sulla scena le varietà di caffè serviti al tavolo da Mariella, che, gentilissima, fa la spola fra il tavolo e il bancone, senza dimenticare Edy, sempre pronto a collaborare e a sparcchiare... A questo punto si passa alla fase tecnica del “recupero dei carboidrati”: saltano fuori dolcetti o biscotti fatti in casa o comperati e lì tutti abbandoniamo i propositi di diete varie per gustarli e in meno di un minuto si passa dallo “stretching” al “biscotting”. D’altronde tutti confermiamo che il frollino post allenamento non ha calorie... lo dice la legge della “Ginnastica di gruppo”. Gustato il caffè ed esaurita la scorta di dolcetti è ora di andare, si scuotono le briciole e si rientra nei ranghi della vita quotidiana, portando con noi il calore di queste prime ore della mattinata trascorse in così bella compagnia!

→ Marina Strain



10 dicembre 2025

Partecipazione alla serata conviviale (magistralmente orchestrata dal nostro Presidente), tenutasi alla **SVBC**, con premiazione dei partecipanti alla "Nati per muoversi", tra i quali il Socio Attilio Giorgi, con soddisfazione di tutti.

➔ **P.B.**



21 dicembre 2025



Tradizionale "Festa sotto l'albero" al Savoy Restaurant dell'Hotel Excelsior Palace di Trieste, partecipata da una gran quantità di Soci, dai loro familiari, da alcuni sanitari esercitanti discipline non solo cardiologiche ma anche polmonari e dismetaboliche, in compagnia dei relativi familiari ed amici, simpatizzanti del nostro Sodalizio. L'importante cornice del sito, ormai frequentata dalla nostra comunità societaria almeno una volta l'anno, ha favorito la consueta cordiale attuazione della manifestazione augurale di fine anno. Offerti, a scelta dei partecipanti,



il menu Bora, a base di pesce e Borin, a base di carne, descritti entrambi nel menu di presentazione come prestigiosi ed eccellenti con termini che avrebbero presupposto fondati motivi di apprezzamento, senza tuttavia essere dotati dei peculiari riferimenti alle qualità pertinenti all'arte della cucina, in quanto anch'essi modello di quotidianità gastronomica a prevalente caratteristica turistica, ormai fin troppo frequente, nell'ultimo periodo, anche nella nostra città. Nondimeno il pranzo, allietato dalla musica eseguita con competenza, come nelle altre occasioni, dal socio Roby, è stato servito con la consueta perfezione e completezza. A seguire la tombola, gestita abilmente, come di consueto, dal Presidente ed una splendida torta hanno coronato il pranzo con viva soddisfazione dei partecipanti. A tutti è stato offerto un dono augurale a ricordo della bella giornata di festa.

➔ **P.B.**



11 febbraio 2026

Conversazione presso l'Aula multimediale della Struttura Complessa Patologie Cardiovascolari, sita nel sotterraneo dell'Ospedale Maggiore (accessibile attraverso l'ascensore di via Slataper, 9), si è parlato di Cardioncologia e di Prevenzione dei fattori di rischio cardiovascolare, con focus su dislipidemia, a cura delle dott.sse Giulia Russo e Antonella Cherubini, presentate dal Direttore, dott. Andrea Di Lernarda, con buona partecipazione di Soci dello Sweet Heart.

➔ **P.B.**





14 febbraio 2026

Passeggiata “Cammina...per la tua salute” 2026: Sweet Heart è nuovamente presente all’ appuntamento con la camminata corale, programmata per il corrente anno 2026. Il ritrovo, nei pressi della MIB School of Management, prevedeva il raduno, al fine di percorrere la passeggiata all’insegna del movimento e dell’attività fisica (che l’Organizzazione Mondiale della Sanità continua a promuovere in quanto semplice ed efficacissimo antidoto all’invecchiamento precoce e a tutta una serie di patologie) nel “Bosco del Farneto” (inaugurato a Trieste nel settembre 2025, nell’ambito del progetto regionale denominato “FVG in movimento.10.000.=passi di salute”), costituente l’itinerario di salute dei “10.000.=passi” e, a buon diritto, notevole esempio di elemento adatto ad un “bagno nella foresta” di stampo ottocentesco. La camminata del Farneto si è inserita nella settimana di sensibilizzazione alle patologie cardiovascolari del progetto nazionale “per il Tuo cuore” della Fondazione “per il Tuo cuore” HCF dell’ANMCO (Associazione Nazionale Medici Cardiologi Ospedalieri), che, da anni, è legata alla festività di San Valentino. Il relativo percorso si è snodato nei sentieri del Bosco del Farneto, che offre una percorrenza mista quanto ad impegno e difficoltà (i sentieri nel Bosco, strutturati come strada acciottolata, sono percorribili agevolmente nella discesa e nella -impegnativa-salita del ritorno al Ferdinando, sito del ritrovo) ed è praticabile in libertà da tutti sì che ciascuno ha potuto partecipare in base alle proprie capacità e con il proprio ritmo di andatura. Il concorso dei Soci dello Sweet Heart è stato notevole; tuttavia, erano presenti altre formazioni di associati e si spera anche quest’anno di concorrere all’ottenimento della prima posizione quanto a partecipazione associativa. Per l’ASUGI hanno aderito all’iniziativa il

Dipartimento Specialistico Territoriale, le Associazioni di pazienti Sweet Heart, Amici del Cuore, Cuore Amico Muggia, Nuova Assodiabetici e Società sportive quali Trieste Atletica, ASD Benessere e Coop Alleanza 3.0. Bella giornata di pratiche salutari e di collettività solidale, con l’unico inconveniente del tempo atmosferico, che si è permesso di farci bagnare da una pioggia fine e raffreddare dalla fresca brezza di S. Valentino, presentatesi proprio durante il cammino ma coraggiosamente superate da anziani ancora in forma. Occasione questa, inoltre, di visitare un percorso specifico che offre oltre al contatto con gli alberi e l’ambiente naturale, che aiutano a riconnettersi con la natura e ritrovare il proprio equilibrio interiore anche una passeggiata energizzante e rigenerante.

➔ P.B.



Partecipazione dello Sweet Heart al CARNEVALE 2026

17 febbraio 2026 - Sfilata di Trieste



20 febbraio 2026

Presentazione del libro "Le Saline del Consorzio di Pirano" da parte dell'autore **Domenico Bonifacio** presso la sala Chersi dell'Unione degli Istriani, via Silvio Pellico, 9

→ P.B.



24 febbraio 2026

Passeggiata del Martedì - è ripresa, a cura del Responsabile Franco Bianchi e dell'ideatore e trainer Luigi Giampedrone, dopo un periodo di pausa, la consueta passeggiata sociale, forzatamente trascurata, per un periodo, a causa della scarsa partecipazione dei Sigg. Soci e degli Invitati, evidentemente impegnati in altra inevitabile occupazione. Il rinnovamento è stato apprezzato da un sufficiente numero di partecipanti, che, al successivo martedì, si sono incrementati raggiungendo l'abbondante decina. All'Associazione, giusta le conformi premesse statutarie, sembra incongruente un tale atteggiamento contraddittorio e, allo scopo di palesare i benefici che resterebbero assolutamente non goduti, attraverso questo mezzo elenca detti benefici con la viva raccomandazione alla frequenza settimanale a tale meritevole iniziativa. Il cammino quotidiano offre numerosi benefici per la salute fisica e mentale: quello settimanalmente abituale, come la passeggiata del martedì, ne può offrire, sia pure in minor misura, altrettanti, migliorando la circolazione sanguigna, riducendo il rischio di malattie cardiovascolari, aiutando a mantenere un peso corporeo sano, favorendo il consumo di calorie e migliorando il metabolismo. Inoltre, ha impatto anche sulla salute mentale poiché riduce i livelli di stress e ansia, promuovendo un senso di benessere generale. Oltre ai benefici cardiovascolari, la camminata rafforza il sistema muscolo-scheletrico, aiuta a mantenere la densità ossea, riducendo il rischio di osteoporosi e migliorando l'equilibrio e la coordinazione. Condizioni queste molto importanti per le persone anziane, in quanto può prevenire cadute e fratture. Ancora, può stimolare la produzione di endorfine, migliorando l'umore e la qualità del sonno. Appuntamento quindi ai prossimi martedì, con l'invito esteso ai Soci e simpatizzanti di altre organizzazioni di volontariato, sempre graditissimi compagni di allenamento e di impegno.



→ P.B.

3 marzo 2026

Concerto de "I GIOIOSI" presso la sala Chersi dell'Unione degli Istriani, via Silvio Pellico, 9.

Ancora una graditissima esibizione de "I Gioiosi" coordinati da Stello Capato, presentatore e accompagnatore alla chitarra del coro, nella consueta sede ospitante di via Silvio Pellico.

Pur decimati nella loro composizione a causa di eventi inaspettati, i Gioiosi hanno mostrato il meglio delle loro performances con un repertorio misto fra tradizionale, lirico, operettistico, di attualità (festival della canzone triestina) al cospetto di una nutrita platea di affezionati spettatori che hanno potuto applaudire la loro esibizione e chiedere la ripetizione di alcuni motivi al termine della stessa, in quanto l'insistente richiesta del pubblico presente risultava perentoria ed irrinunciabile. Ci fa piacere ricordare la presenza nello stesso di alcuni nostri cari Soci, ai quali va un ringraziamento per la costanza delle prove e per l'impegno dimostrato concludendo lo spettacolo con una buona qualità, spettacolo che essi portano, di norma, presso numerose istituzioni cittadine a conforto di pazienti anziani, sofferenti per varie patologie e, in qualche caso, anche disabili, compiendo così ripetuti atti di soccorso civico molto apprezzati dai pazienti stessi e dalle istituzioni interessate. Un gradito buffet ha concluso il pomeriggio, trascorso in letizia. Arrivederci alla prossima.

→ P.B.



Corsi di ginnastica da ottobre a maggio nei giorni di lunedì-mercoledì-venerdì in 5 turni (ore 8.45 - 9.45 - 10.45 - 11.45 - 17.00)

Misurazione pressione arteriosa tutti i lunedì in sede dalle ore **9.30** alle **11.30**

Prove ematiche colesterolo, trigliceridi, glicemia da ottobre a maggio il 1° e il 3° giovedì del mese dalle ore **8.00** alle ore **10.00**, previa prenotazione in sede negli orari di apertura

Martedinsieme ogni martedì passeggiata a Barcola o scarpinata per il Carso - definizione e comunicazioni ogni venerdì in palestra e in sede

PUOI ESSERE UTILE ALLO



«SWEET HEART DOLCE CUORE ODV»

ELARGIZIONI/BONIFICO

a favore IBAN IT62H0200802218000021592506

5X1000

a favore CODICE FISCALE 80036120329

*i***Informatore**

ANNO XLVIII N° 141- MARZO 2026
Pubblicazione periodica
SWEET HEART - DOLCE CUORE ODV

Direttore responsabile:
Pietro Broussard

Hanno collaborato:
D. Bonifacio, M. Adriani, F. Petronio,
M. Zorzer, L. Giampedrone, F. Bianchi,
M. Strain, M. Maricchiolo, S. Capato

Amministrazione e Redazione:
SWEET HEART - DOLCE CUORE
Via M. D'Azeglio, 21/c
34129 TRIESTE
Tel. 040 7606490

Web: www.dolcecuoretrieste.it
E-mail: info@dolcecuoretrieste.it
Aut. N° 593 (11-6-1981) Trib. di Trieste

Stampa:
RICCI Graf - via dell'Eremo, 46 - Trieste