

Introduzione

È per me un onore ed un piacere introdurre questo Supplemento del Giornale Italiano di Cardiologia "Crema Cardiologia 2010 - Nuove prospettive in Cardiologia", volume di aggiornamenti sui temi cardiologici presentati nei Simposi del Congresso di Crema 2010, ormai arrivato alla settima edizione e divenuto un appuntamento fisso per i Cardiologi italiani.

Come è nella nostra tradizione vengono trattati argomenti di particolare valore scientifico, attuali e che interessano il Cardiologo clinico: la cardiopatia ischemica, l'insufficienza cardiaca, l'aritmologia e la cardiologia dello sport. La cardiopatia ischemica, l'aritmologia e lo scompenso di cuore, per le loro gravi ripercussioni cliniche, occupano il centro della scena cardiologica ma con nuovi risvolti organizzativi e socio-economici che, in un periodo di profondi cambiamenti, coinvolgono inevitabilmente anche le nostre professionalità.

In aritmologia le sfide attuali sono la gestione del paziente con cardiopalmo, sintomo che costituisce la seconda causa di valutazione specialistica cardiologica dopo il dolore toracico, la cura del paziente con fibrillazione atriale e il trattamento delle tachiaritmie ventricolari. Nella cura della fibrillazione atriale ulteriori risposte ci attendiamo dall'ablazione transcateretere che, a fronte di un notevole incremento delle procedure ablative e di un crescente entusiasmo della classe medica, necessita ancora di standardizzazione della procedura e richiede notevole esperienza e rigorosa attenzione nelle indicazioni.

La morte cardiaca improvvisa rappresenta tutt'ora uno dei maggiori problemi della moderna Cardiologia e il defibrillatore automatico impiantabile si è dimostrato straordinariamente efficace nell'interrompere le tachiaritmie ventricolari maligne diventando la terapia di scelta in prevenzione secondaria ed anche in prevenzione primaria nei soggetti con funzione contrattile severamente depressa. Nuove difficoltà però derivano dalla gestione dei follow-up con il grave inconveniente dei "recall" per problemi ai cateteri o ai dispositivi con necessità talvolta di rimozione dell'apparecchio e in qualche caso dei cateteri. Un altro grave problema, che mette in luce i limiti della terapia con defibrillatore impiantabile nella prevenzione della morte improvvisa aritmica, è la possibile presenza di tempeste aritmiche dove il defibrillatore, che agisce interrompendo le aritmie potenzialmente mortali, non è capace però di rimuovere la causa a monte degli episodi sbrantanti ed incessanti di tachiaritmie ventricolari maggiori.

Particolare attenzione è stata posta durante il Congresso alla problematica della gestione del paziente con infarto acuto del miocardio e al concetto di rete intra- ed interospedaliera con stretto collegamento fra territorio ed ospedale. L'attuale gestione del paziente con infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST attribuisce sempre maggiore importanza al concetto di rete, inteso come insieme di strutture coordinate al fine di ottimizzare il risultato clinico in rapporto alle risorse impegnate. Aspetto ormai ben noto è l'organizzazione in ospedali hub e spoke, in base alla disponibilità di unità di terapia intensiva cardiologica e soprattutto di laboratorio di emodinamica attivo h24. Inoltre, l'esecuzione dell'ECG preospedaliero, contestualmente trasmesso a un centro di riferimento, si è dimostrato essere un anello fondamentale della ripercussione in rete e deve ritenersi assolutamente rilevante nell'iter diagnostico-terapeutico nel paziente con presunto infarto miocardico con sopraslivellamento del tratto ST.

L'insufficienza cardiaca è una malattia di proporzioni epidemiche con prevalenza che varia dallo 0.4% al 2% nella popolazione adulta ed ha logicamente un ampio spazio nel Supplemento. Si calcola che 5 milioni di persone siano affette da insufficienza cardiaca negli Stati Uniti e 6.5 milioni in Europa; lo scompenso cardiaco è la più frequente causa di ospedalizzazione nei pazienti con più di 65 anni. La grande quantità di informazioni e di dati che emergono dai registri e dai trial clinici hanno dimostrato che lo scompenso di cuore è una sindrome molto eterogenea per eziologia, presentazione clinica, evoluzione e prognosi. È fondamentale quindi un inquadramento clinico approfondito ed una stratificazione del rischio al fine di impostare una corretta strategia terapeutica. La terapia farmacologica, la resincronizzazione cardiaca, il defibrillatore, la gestione integrata ospedale-territorio sono momenti terapeutici fondamentali anche se non sono utilizzabili con la stessa efficacia in tutti i pazienti su endpoint ben codificati e standardizzati.

È recente la pubblicazione della quarta edizione dei protocolli cardiologici per il giudizio di idoneità allo sport agonistico (COCIS), l'edizione del ventennale (1988-2008), che rappresenta l'espressione culturale dell'eccellenza del mondo cardiologico sportivo e della medicina dello sport italiana. Non poteva quindi mancare, fra le nuove prospettive in Cardiologia, un approfondimento dei problemi relativi alla valutazione cardiologica dell'atleta competitivo anche in condizioni estreme ed alla prescrizione e al controllo dell'esercizio fisico oltre la cardiopatia. L'attività fisica e sportiva deve essere sempre presente nello schema terapeutico di un cardiopatico con programmi di training personalizzati, considerandola come una terapia. E come tale deve essere intesa, prescritta come un farmaco, specificando caso per caso l'indicazione, le modalità di somministrazione e le dosi, senza dimenticare, come per tutte le medicine, i problemi di sovradosaggio e gli effetti collaterali.

In questa presentazione del Supplemento desidero esprimere la mia ammirazione e la mia gratitudine a tre personaggi del mondo cardiologico internazionale che hanno fatto grande la Cardiologia in Italia e nel mondo ed hanno collaborato alla realizzazione di questo volume: il mio Maestro il prof. Francesco Furlanello che ancora oggi con l'entusiasmo di sempre rappresenta un punto di riferimento della Cardiologia, il prof. Livio Dei Cas che ci assiste e ci incoraggia con la sua Scuola nell'attività clinica e nella collaborazione scientifica, ed il prof. Helmut Klein, cardiologo tedesco amico della Cardiologia italiana, che ha legato il suo nome alla storia del defibrillatore impiantabile.

Un sentito ringraziamento va infine a tutti i Colleghi che hanno reso possibile la realizzazione di questo Supplemento inviando i loro qualificati contributi.

Giuseppe Inama
Guest Editor