



# Fondazione Tonolli News



Semestrale a cura di: Formazione e Management Livia e Vittorio Tonolli School – Fondazione Onlus  
e Fondazione di cultura per la cardiologia e le scienze multidisciplinari Livia e Vittorio Tonolli

## Scienza – Cultura – Società

Le nuove frontiere della scienza, della medicina e delle cure fra mito e realtà

**Avviato il progetto di assistenza ai bambini affetti da cardiopatia congenita nei paesi in via di sviluppo**

ved. pag. 2

## Il pensiero di Corrado Tamburino su: "La sostituzione della valvola aortica percutanea"

a cura di Giuseppe Riggio e Eros Barantani

### PREMESSA

*In questi ultimi decenni il travolgente progresso della tecnica al servizio della diagnostica e della terapia ha allontanato la medicina clinica lasciando libero campo alla medicina ipertecnologica, in gran parte autonoma nella quale sempre più si è intravista la necessità di fare ricorso al rigore metodologico, proprio della clinica, nella interpretazione diagnostica e nella scelta terapeutica.*

*La concentrazione di una alta specializzazione in pochi centri ha permesso una maggiore capacità di studio e limitazione dei costi tanto da essere oggi la tecnica percutanea competitiva rispetto alla chirurgia tradizionale.*

*L'interrelazione fra le diverse discipline forse è indispensabile per evitare che la ultra-specializzazione porti alla decadenza della cultura clinica vista come scienza dell'individuale, cioè del singolo malato. Compito difficile quanto indispensabile, seppure in una veste nuova, in cui la valutazione delle scelte, i risultati, le attese del malato nei risvolti biologici, psicologici, sociali non possono essere secondi alla tecnologia.*

*Per queste ragioni abbiamo ritenuto importante conoscere il pensiero del Prof. Corrado Tamburino, Direttore della Cardiologia dell'Università di Catania, uno dei massimi interpreti della Cardiologia interventistica le cui radici vengono dalla cardiologia clinica, a noi note da quando ha collaborato con la Fondazione Tonolli fin dai primi corsi interattivi monotematici, multidisciplinari di cardiologia clinica.*

E' insito nella natura umana sviluppare nuove tecnologie, evolversi ed adattarsi a nuove situazioni. Queste caratteristiche sono essenziali per la salvaguardia del nostro futuro in un mondo in continuo cambiamento. Nell'ambito delle discipline mediche, l'introduzione del trattamento percutaneo della stenosi aortica è un esempio tangibile di questa incalzante evoluzione.

La stenosi aortica rappresenta oggi la malattia valvolare cardiaca con la maggiore prevalenza in Europa e nel Nord America. Gli anziani sono la popolazione che presenta con maggior frequenza tale patologia (nella sua forma "degenerativa"), ed è stata stimata una prevalenza di circa l'8% nei soggetti di età superiore agli 80 anni.

Sin dalla comparsa delle prime protesi valvolari chirurgiche a sfera, la tecnologia ha fatto passi da gigante ed oggi il cardiocirurgo ha la possibilità di scegliere tra una numerose tipologie di protesi meccaniche e biologiche per trattare tale patologia. Il miglioramento delle tecniche e delle conoscenze in questo campo ha portato inoltre ad una drastica riduzione della mortalità procedurale, tale che ad oggi la sostituzione valvolare aortica rappresenta ancora il trattamento "gold-standard". Tuttavia, nonostante gli innumerevoli progressi ottenuti dalla cardiocirurgia, esistono determinate condizioni (presenza di comorbidità o età avanzata) che incrementano esponenzialmente il rischio operatorio e rendono l'intervento chirurgico quasi proibitivo. Da ciò ne deriva che paradossalmente, nella popolazione in cui vi è la maggiore prevalenza della patologia valvolare aortica, l'intervento convenzionale non venga eseguito nonostante esistano chiare indicazioni. Questo aspetto, unitamente alla sempre

maggiore richiesta da parte della comunità di trattamenti sempre meno invasivi, hanno condotto all'introduzione di una metodica che venga incontro a queste incombenti necessità.

L'idea di poter impiantare una protesi aortica senza dover ricorrere all'apertura del torace risale ai primi anni '90 quando Andersen e collaboratori sperimentarono un prototipo di valvola protesica posizionata in animali da esperimento attraverso un'arteria periferica. Tuttavia, le tecnologie dell'epoca non permisero a questa "idea" di trovare un'applicazione sperimentale sull'uomo. Abbiamo dovuto aspettare circa dieci anni per poter assistere al primo caso di impianto percutaneo di una valvola aortica su un essere umano, eseguito da Alain Cribier nel 2002. Sin dalle prime esperienze pionieristiche, l'impianto percutaneo della valvola aortica (Transcatheter Aortic Valve Implantation: TAVI) si è evoluta rapidamente fino a diventare una procedura sicura, riproducibile e con benefici clinici per certi versi sorprendenti.



Prof. Corrado Tamburino

**ADDIO A PADRE ANGELO  
CAMPAGNOLI**

segue a pag. 2

*Ritengo che i nostri studi dovrebbero essere pressoché privi di scopo. Essi vogliono essere perseguiti con castità, come le matematiche.J.*

## **Fondazione Tonolli: scienza cultura etica società**

*E' stata realizzata una partnership tra la Fondazione Tonolli Onlus di Verbania e l'Associazione "Un cuore un mondo" Onlus di Padova per il sostegno ai bambini con cardiopatie congenite nei paesi in via di sviluppo. La realizzazione del progetto prevede la formazione di medici e paramedici dei paesi di origine presso la cardiocirurgia pediatrica dell'Ospedale/Università di Padova, diretta dal Prof. Giovanni Stellin.*

*Come primo atto saranno perfezionati i rapporti con l'ospedale IOCCA di Asmara (Eritrea), e con l'ospedale Manmohan Cardiothoracic Vascular and Transplant Center di Kathmandu (Nepal)*

*Il Dott. Anil Bhattarai (Nepal) sta integrando la sua preparazione in cardiocirurgia pediatrica, già avviata a Padova, presso il Children's Hospital di Boston grazie al sostegno della Fondazione Tonolli Onlus e dell'Associazione "un cuore un mondo" Onlus, sotto la guida della cardiocirurgia pediatrica di Padova.*



*Dott. Anil Bhattarai*



*Il Prof. Stellin e il Dott. Bhattarai*



*Children's Hospital di Boston*



*Manmohan Cardiothoracic vascular and Transplant Center di Kathmandu (Nepal)*

***"Dai poco quando doni ciò che hai. Quando doni te stesso, solo allora dai veramente"***

***Kahlil Gibram***

Un addio al caro amico Padre Angelo Campagnoli, missionario del P.I.M.E. in Thailandia passando per gli Stati Uniti d'America e la Birmania.

### ***Una vita per i bambini fra amore e cultura***

Ci ha lasciati lo scorso dicembre, oggi riposa a Villa Grugana di Calco (LC)



*Incontro in Vaticano con Giovanni Paolo II nel 1987*



*Nel refettorio della Missione di Phrae (Nord Thailandia)*



*Cappella della Scuola della Missione di Phrae (Nord Thailandia)*







Università di Catania

Diversi dispositivi sono stati disegnati e molti di questi sono tuttora in via di sperimentazione preclinica. Tra questi, solo due device con caratteristiche molto diverse tra loro (la protesi auto-espandibile CoreValve Revalving System [Medtronic Inc., MN, USA] e quella pallone-espandibile Edwards-SAPIEN [Edwards Lifescience, Irvine, California]), sono attualmente utilizzate e godono del marchio CE.

In questi ultimi dieci anni la TAVI ha trovato applicazione clinica in moltissimi centri e, dopo i primi risultati che ne hanno mostrato la sicurezza e l'efficacia in acuto in pazienti ad alto rischio chirurgico, sono sempre più numerosi i dati provenienti da registri multicentrici sui risultati a medio termine.

In una recente review sono stati identificati 16 report pubblicati dal 2002 al 2009 che formano una casistica globale di 3519 pazienti sottoposti ad impianto sia di protesi CoreValve che di protesi Edwards. La sopravvivenza media a 30-giorni era dell'89%, senza particolari differenze tra le due valvole. Risultati più recenti provenienti per lo più da registri multicentrici europei riportano un miglioramento dei outcomes con una percentuale di sopravvivenza a 30-giorni che varia tra l'88% ed il 96%.

Sin dalle prime esperienze ci si è resi conto che, **per quanto si tratti di una tecnica mini-invasiva, tale procedura non è affatto scevra da complicanze.** Quelle su cui si è posta maggiore attenzione sono: *-problematiche al sito di accesso per il grosso diametro dei cateteri utilizzati in arterie molto spesso calcifiche e tortuose. L'indenza delle complicanze vascolari sta però riducendosi significativamente grazie al miglioramento della selezione, alla crescente esperienza degli operatori ed allo sviluppo di delivery sempre più a basso profilo;*

*-severi disturbi di conduzione che necessitano l'impianto di pacemaker definitivo. Tipici soprattutto dopo impianto di protesi auto-espandibile CoreValve;*  
*-eventi ischemici cerebrali periprocedurali provocati dalla mobilizzazione di frammenti di calcio durante le manovre di impianto;*  
*-insufficienza renale acuta per l'utilizzo di mezzo di contrasto in pazienti il più delle*

*volte con una compromissione basale della funzionalità renale;*

*-rigurgiti periprotetici; è stato ampiamente dimostrato infatti che la presenza di un rigurgito periprotetico moderato o severo post-procedura impatta significativamente sui risultati a breve e medio termine;*  
*-occlusione degli osti coronarici provocata dal ribaltamento delle cuspidi native all'interno dei seni di Valsalva;*  
*-rottura dell'anulus aortico; complicanza rara, ma spesso fatale.*

Per ognuna di queste complicanze si sta cercando di trovare soluzioni valide. Ridurre il diametro dei cateteri, migliorare il posizionamento delle protesi e utilizzare sistemi di protezione per i tronchi sovraortici durante la procedura. Di conseguenza è lecito pensare che nel prossimo futuro l'incidenza di suddette complicanze sarà destinata a diminuire drasticamente.

### **La TAVI è pronta per essere messa a confronto con la cardiocirurgia nel trattamento della stenosi aortica?**

Analizzando attentamente i pochi dati oggi disponibili a medio termine, emerge con forza che gran parte dei decessi riportati durante i follow-up non sono da attribuire a fattori direttamente correlati alla procedura, bensì ad una schiera di comorbidità di cui le popolazioni studiate sono affette. Uno studio di un gruppo canadese, riportando risultati a tre anni dopo impianto di protesi Edwards in 70 pazienti che erano sopravvissuti a trenta giorni, hanno mostrato una sopravvivenza dell'81% ad 1 anno, 74% a 2 anni e 61% a 3 anni. Dei trenta decessi riportati al follow-up solo tre erano "valve-related". Più recentemente, i risultati pubblicati su 663 pazienti del registro italiano CoreValve hanno mostrato come i predittori di morte tardiva fra 30 giorni ed 1 anno fossero correlati con condizioni basali. In particolare un pregresso ictus ischemico o un pregresso edema polmonare erano associate ad un rischio di mortalità tardiva 5 e 2 volte superiore. Altri fattori che sono stati identificati essere predittori di mortalità tardiva sono il logistic EuroSCORE, l'STS score, l'età, patologie epatiche renali e polmonari preesistenti e l'insufficienza mitralica.

A fronte di un miglioramento considerevole della classe funzionale e della qualità di vita riportata da alcuni autori, questi risultati, forse un po' deludenti in termini di sopravvivenza a lungo termine, creano non poche perplessità sulla loro interpretazione. Infatti, come è possibile riuscire a valutare l'efficacia di un trattamento se la popolazione esaminata muore in gran parte per cause estranee alla procedura stessa? Questo importante limite potrà essere superato solo quando tale metodica verrà estesa a popolazioni più giovani con un profilo di rischio più basso. Va detto però che un passo del genere dovrà essere fatto solo dopo aver dimostrato la durabilità delle

protesi attualmente utilizzate. Pertanto, alla domanda se "siamo pronti", la risposta è: "sì, siamo pronti", i risultati sopra descritti mostrano che la TAVI si fonda su basi solide, è ormai matura per affrontare il confronto più arduo: riprodurre, se non migliorare, gli ottimi risultati a medio e lungo termine ottenuti con l'approccio chirurgico.

### **Il continuo miglioramento dei risultati,**



*il momento della "valutazione clinica"*

**oltre che dal progresso delle tecniche, dei materiali e dell'esperienza degli operatori, passa senz'altro attraverso una corretta e meticolosa selezione del paziente.** Se i dubbi inerenti la selezione anatomica cominciano a diradarsi, grazie ai sempre più accurati studi sulla valutazione dell'apparato valvolo aortico tramite TC ad alta risoluzione ed ecocardiografia, molti altri ne restano relativamente alla selezione clinica. Infatti **il cardiologo interventista che si avvicina alla TAVI deve cambiare la sua mentalità ed accettare di diventare membro di gruppo di lavoro interspecialistico, condividendo decisioni e responsabilità.**

Ancora oggi non è chiaro quale siano i



*la medicina ipertecnologica e il lavoro d'equipe*

pazienti che si giovano maggiormente della TAVI; trattandosi di popolazioni anziane e con numerose comorbidità, questo è tema che dovrà essere necessariamente sviluppato dalla comunità scientifica nei prossimi anni.

I dati pubblicati sulla coorte B dello studio randomizzato Placement of Aortic Transcatheter Valves (PARTNER), hanno dimostrato che la TAVI, in pazienti affetti da stenosi aortica severa considerati inoperabili, è in grado di migliorare la sopravvivenza rispetto al trattamento tradizionale (terapia medica e/o

valvuloplastica percutanea). I dati di questo importante studio sono stati sufficienti per far sì che la Food and Drug Administration (FDA) approvasse l'utilizzo di tale metodica negli Stati Uniti. Più recentemente i risultati del PARTNER coorte A hanno sentenziato che in popolazioni ad alto rischio chirurgico, la TAVI non è inferiore all'intervento cardiocirurgico tradizionale in termini di mortalità a due anni. È stata una delle ipotesi avanzate per spiegare questa aumentata (anche se non significativa) mortalità a medio termine. Questa tesi, plausibile e suggestiva, non trova però al momento un suffragio scientifico. Tra le altre note più rilevanti di questo trial vanno sottolineati un trend ad una maggiore incidenza di eventi ischemici cerebrali nella TAVI e una maggiore incidenza di sanguinamenti registrati nel gruppo chirurgico, dato questo invece abbastanza prevedibile, data la minore invasività della TAVI.

Possiamo prevedere che i risultati di entrambe le due coorti, congiuntamente ai dati "real world" provenienti dai registri internazionali già disponibili e quelli futuri, influenzeranno inevitabilmente la stesura delle prossime linee guida sul trattamento della stenosi aortica in popolazioni ad alto rischio.

### Quale sarà quindi il futuro della TAVI?

I presupposti per ampliare le indicazioni sono buoni, ma bisogna essere cauti. I due campi su cui si focalizzerà maggiormente l'attenzione della comunità scientifica nei prossimi anni sarà l'applicazione sempre più capillare di tale metodica in pazienti a rischio intermedio ed in pazienti con bioprotesi aortiche degenerate. Una tecnica innovativa come la TAVI deve essere impiegata nelle fasi iniziali con cautela ed in maniera appropriata, deve essere convalidata dall'esperienza clinica e dagli studi clinici per poterla poi offrire al paziente come terapia valida, efficace e sicura in alternativa alla cardiocirurgia. L'impianto della valvola aortica per via transcateretere rappresenta uno dei campi più stimolanti della cardiologia interventistica degli ultimi vent'anni. Col tempo la questa procedura ha la potenzialità di poter competere ad armi pari con la chirurgia tradizionale anche in popolazioni giovani ed a basso rischio; d'altra parte, una prospettiva parallela vede invece questa metodica essere utilizzata in maniera inappropriata. Il trattamento transcateretere della valvulopatia aortica porta con sé grandi promesse ma richiede un approccio serio e cauto per evitare di comprometterne la efficacia e la sicurezza.

*Non cesseremo di esplorare  
e il fine di ogni nostra esplorazione  
sarà là dove siamo partiti e  
sapremo il luogo per la prima volta.  
Thomas S. Eliot*

## **La Fondazione "Livia e Vittorio Tonolli School Onlus", emanazione della Fondazione di cultura per la cardiologia e le scienze multidisciplinari "Livia e Vittorio Tonolli", ringrazia per la generosa adesione 2013 tutti gli amici sostenitori**

**Entra a far parte della nostra Fondazione!  
Sostieni anche tu le attività promosse e  
partecipa alle nostre iniziative!**

### SCHEDA DI ASSOCIAZIONE

- Amico – contributo annuo di € 15,00;
- Sostenitore ordinario – contributo annuo di € 50,00;
- Sostenitore benemerito – contributo annuo di € 100,00;
- Sostenitore onorario – contributo annuo superiore a € 100,00;
- Donazione libera;

*Ricorda!  
Tutte le Donazioni alla  
Fondazione  
sono deducibili!*

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Tel/Cellulare \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Qualifica \_\_\_\_\_

Data ..... Firma .....

- Consenso al trattamento dei dati personali

Si informa che la qualifica di Socio acquisita con il versamento del contributo si intenderà rinnovata automaticamente, con conseguente versamento del contributo annuale previsto, anche per gli anni successivi salvo disdetta da comunicarsi, prima dell'inizio del nuovo anno, alla Segreteria della Fondazione.

Si informa che i Dati da Lei forniti verranno trattati dalla Fondazione Tonolli esclusivamente per l'invio di materiale informativo e divulgativo, informative relative alle attività formative organizzate ed alle prossime iniziative, nel rispetto della normativa a tutela dei dati personali di cui al D. Lgs. 196/2003.

C.so Nazioni Unite 64 - 28925 Verbania Suna (VB)  
Tel. Segreteria 0323 501374 Presidenza 3482654957 Fax 0323 508160  
e-mail: [info@fondazionecardiologiatonolli.it](mailto:info@fondazionecardiologiatonolli.it)  
[www.fondazionecardiologiatonolli.it](http://www.fondazionecardiologiatonolli.it) – [www.tonolli.it](http://www.tonolli.it)

# ***Ippocrate nell'era ipertecnologica***

## **Appuntamento con la clinica**

3° Corso di Formazione e Perfezionamento "interattivo"  
a.a. 2012-2013

### **Obiettivi: *Clinica – Comunicazione – Management***

Presidente **Prof. Sergio Dalla Volta** (Padova)

Coordinazione generale e Responsabile Scientifico **Prof. Claudio Rapezzi** (Bologna)

#### **Bologna, venerdì 1° marzo 2013**

Seminario interattivo su: "Le cardiomiopatie: una interfaccia tra la cardiologia, altre specialità e ricerca di base"

**Responsabile:** Prof. Claudio Rapezzi, Cardiologia Univ. Bologna

#### **Trieste, sabato 13 aprile 2013**

Seminario interattivo su: "Errori in Medicina: lo Scompenso Cardiaco"

**Responsabile:** Prof. Gianfranco Sinagra, Ospedale Univ. di Cattinara, Trieste

#### **Milano S.R., sabato 20 aprile 2013**

Seminario interattivo su:

"La patologia delle valvole cardiache: i nuovi scenari della diagnosi e della terapia"

**Responsabile:** Prof. Ottavio Alfieri, Ospedale Univ. S. Raffaele, Milano

#### **Verbania Pallanza, giovedì 6, venerdì 7, sabato 8 giugno 2013**

##### **Seminario**

*con il Patrocinio della ASL VCO e dell'Ordine dei Medici del VCO*

##### **giovedì 6 giugno 2013**

**ore 16:00 lettura su "comunicazione in cardiologia"** Prof. Egidio Moja

**ore 17: lettura su "management in cardiologia"** Prof. Andrea Francesconi

ore 20,30 Sala di rappresentanza della Prefettura

saluto del Prefetto del VCO Dott. Francesco Russo

introduzione Dott. Ugo Gabino, Prof. Eros Barantani, Prof. Giuseppe Riggio

##### **Premio Livia Tonolli**

presentazione del Prof. Silvio Garattini

**ore 21,00 Conferenza "da Sherlock Holmes al Dottor House:**

**analogie e scambio di ruoli fra metodo clinico e romanzo poliziesco"** Prof. Claudio Rapezzi

Direttore SSD Cardiologia - Università di Bologna

**venerdì 7 giugno ore 9,00:** "Le decisioni difficili in cardiologia: un approccio attraverso casi clinici"

#### **sabato 8 giugno 2013**

**Tavola rotonda** su: Medicina ipertecnologica e umanesimo"

*Le attese dell'uomo, le risposte della medicina: quale futuro?*



**Alla presidenza dell'Istituto Superiore della Sanità**  
Fabrizio Oleari è il nuovo presidente dell'Istituto Superiore della Sanità, sostituirà Enrico Garaci, a capo dell'organismo tecnico-scientifico da più di 10 anni, su proposta del Ministro della Salute Renato Balduzzi.  
www.scienzairete.it

**Alessandro Ballestrazzi eletto nuovo presidente**  
Cambio del testimone ai vertici della Federazione italiana medici pediatri. Alessandro Ballestrazzi è stato eletto nuovo presidente nel corso del congresso elettivo riunitosi a Roma. Già Segretario Regionale della Fimp Emilia Romagna, Ballestrazzi succede nella carica a Giuseppe Mele.  
www.ilfarmacistaonline.it [22/04/2013]

**Ai farmacologi Carlo Patrono e Garret Fitzgerald il premio scientifico più importante al mondo in cardiologia.**

Il prestigioso premio Grand prix Scientifique dell'Institut de France quest'anno è stato assegnato a due farmacologi conosciuti in tutto il mondo: l'italiano Carlo Patrono, Professore Ordinario e Direttore dell'Istituto di Farmacologia dell'Università Cattolica di Roma, e Garret Fitzgerald, Chairman del Dipartimento di Farmacologia e Direttore dell'Institute for translation medicine and Therapeutics della University of Pennsylvania a Philadelphia. I due scienziati condividono il premio assegnato per le loro ricerche sull'impiego di bassi dosi di aspirina per la prevenzione cardiovascolare.

**Disponibile a breve il farmaco "due in uno" con aspirina e gastroprotettore.**

Il principale problema causato dall'aspirina, usata quotidianamente dai pazienti ad alto rischio di sviluppare un infarto o un ictus, è il sanguinamento gastro intestinale o l'erosione della mucosa gastrica. Per risolvere questo problema arriverà presto anche sul mercato italiano un nuovo farmaco che associa l'aspirina (81 mg) all'esomeprazolo (20 mg). La coppia acido acetilsalicilico e gastroprotettore permetterebbe di evitare quei problemi gastrici, come ulcere e sanguinamenti, che rappresentano

la principale causa di interruzione della terapia triplicando di fatto il pericolo di infarto o ictus nei pazienti ad alto rischio cardiovascolare.

Quotidiano Sanità [09/04/2013]

**L'assunzione di 1 grammo al giorno di omega 3 non riduce la mortalità né i ricoveri in pazienti ad alto rischio cardiovascolare**

È il risultato di un trial italiano pubblicato sul New England Journal Medicine, il primo in Italia che vede protagonisti 860 medici medicina generale, autori del lavoro insieme all'IRCCS Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri e al Consorzio Mario Negri Sud. Lo studio ha coinvolto oltre 12mila pazienti con età media di 64 anni, di cui il 39% donne, seguiti per 5 anni. L'obiettivo era verificare se l'assunzione giornaliera di 1 grammo di omega-3 potesse prevenire, come già documentato nei pazienti con infarto del miocardio, le principali complicanze in una popolazione ad alto rischio cardiovascolare. La conclusione è chiara: un trattamento farmacologico con omega-3 non comporta vantaggi specifici in termini di riduzione di mortalità e ospedalizzazione per motivi cardiovascolari, se aggiunta ad una buona assistenza medica così come è disponibile nella pratica degli 860 medici di medicina generale in tutta Italia che hanno partecipato allo studio.  
N Engl J Med 2013; 368:1800-8

**Fibrillazione atriale. Dall'Anmco le indicazioni per l'uso dei nuovi anticoagulanti orali**

Stanno per entrare nel mercato Italiano tre nuovi farmaci anticoagulanti orali (Dabigatran, Apixaban e Rivaroxaban) che nei trials hanno dimostrato essere efficaci quanto Warfarina ma più sicuri (in termini di sanguinamenti) nel prevenire eventi tromboembolici in pazienti con Fibrillazione Atriale. L'Associazione Nazionale Medici Cardiologi ha presentato, in occasione del 50° anniversario della nascita, la prima linea guida sull'utilizzo di questi farmaci. I cardiologi ospedalieri, nel loro documento guida, spiegano come si sceglie il farmaco più adatto per ciascun paziente, indicando ad

esempio che i nuovi anticoagulanti orali dovrebbero essere presi in considerazione come prima scelta in tutti i pazienti con fibrillazione atriale che non assumono anticoagulanti orali, in chi è a maggior rischio di ictus e di eventi avversi con i vecchi farmaci, in chi non può sottoporsi frequentemente ai controlli necessari con warfarin e dicumarolo per motivi logistici.  
Quotidiano Sanità [15/04/2013]

**Cuore. In 50 anni salvate 750mila vite. Ma le "cattive abitudini" dei giovani riaccendono il rischio**

Secondo quanto dichiarato dai cardiologi riuniti in occasione del 50° anniversario dalla nascita dell'ANMCO, in Italia negli ultimi 50 anni sono stati evitate 750mila morti. Infatti, grazie alla prevenzione e alle terapie innovative, i tassi di mortalità si sono ridotti a partire dagli anni '70 e il trend tutt'ora in lenta ma continua discesa grazie all'introduzione negli anni '90 della trombolisi, degli interventi di by-pass e angioplastica. Paradossalmente proprio l'ottimizzazione delle terapie ha portato gli italiani ad una percezione più bassa del rischio di infarto e a perseverare con scorretti stili di vita, soprattutto tra i giovani. Infatti ai fattori di rischio tradizionali si aggiunge anche "lo sballo del weekend" con abuso di droghe e alcool e il cocktail fumo e pillola anticoncezionale che aumenta sino a 30 volte il rischio eventi cardiovascolari e di trombosi.  
www.ilfarmacistaonline.it [15/04/2013]

**Notizie a cura di:**

Dott. Marta Baviera, e Dott. Irene Marzona, IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri  
Prof. Eros Barantani, primario di Endocrinologia Ist. Auxologico Italiano di Piancavallo, Verbania  
Dott. Silvia Gamba, Dir. Laboratorio Analisi, Casa di Cura "Eremo di Miazzina", Verbania  
Dott. Alberto Salvadori, Primario di Laboratorio di fisiopat. resp., Ist. Auxologico, Piancavallo, Verbania  
Prof. Giuseppe Riggio, coordinazione didattica Fondazione Tonolli, Verbania

Comitato di Redazione:

Dott. Marco Cerottini, Direttore Responsabile  
Prof. Eros Barantani, Primario Endocrinologo, Ist. Auxologico, Piancavallo, Verbania  
Dott. Ing. Andrea Riggio, Dirigente di Industria, Varese  
Dott. Massimo Riggio, Dirigente di Industria, Milano  
Dott. Alberto Salvadori, Primario di lab. di fisiopatologia respiratoria, Ist. Auxologico, Piancavallo, Verbania  
Revisione linguistica:  
Prof. Francesco Morabito, Prof. Auxologia f.r. Univ. di Milano

FONDAZIONE TONOLLI NEWS

Direttore Responsabile Marco Cerottini  
Registro periodico del tribunale di Verbania al numero 2/2008 del 17/03/2008  
finito di stampare nel maggio 2013

Stampa: Grafiche Caccia e Fovana  
Gravellona Toce VB

Citando la fonte, articoli e notizie possono essere ripresi, in tutto o in parte, senza preventiva autorizzazione

Per garantire la privacy. In conformità alla legge n. 196/2003 sulla tutela dei dati personali, la "Formazione e Management Livia e Vittorio Tonolli School" garantisce a tutti i suoi lettori che i più assoluti criteri di riservatezza verranno mantenuti sui dati personali forniti da ognuno. A tal fine si precisa che le finalità della Fondazione e Management Livia e Vittorio Tonolli School - Fondazione Onlus - sono relative solo alla spedizione del "Fondazione Tonolli News". Conferimento all'art. 7 L.n.196/2003, le richieste di eventuali variazioni, integrazioni e cancellazioni dovranno essere indirizzate a: Formazione e Management Livia e Vittorio Tonolli School - Fondazione Onlus - Corso Nazione Unite, 64 -28925 Verbania Suna.

**Sostieni la formazione indipendente e l'aggiornamento continuo del medico, è una garanzia per la tua salute.**

**Dona il 5 x mille**

**La Formazione e Management "Livia e Vittorio Tonolli School" Fondazione Onlus - c.f. 93027350037**

La "Mission" della Fondazione di cultura per la cardiologia e le scienze multidisciplinari "Livia e Vittoria Tonoli" e della Fondazione Onlus formazione e Management "Livia e Vittorio Tonolli School, ispirata ai principi fondamentali dei diritti umani sociali etici, è formare i giovani in assoluta libertà di insegnamento e apprendimento in vari campi e senza confini, con orientamento verso la prevenzione e cura delle malattie cardiovascolari con particolare attenzione ai bambini cardiopatici nei paesi in via di sviluppo e al singolo malato.

**Con noi per una salute e una vita migliore.**

logo fondazione

Corso Nazioni Unite 64 28925 Verbania Suna VB  
Tel Segr. 0323 501374 Presidente 3482654957  
Fax 0323 508160  
e-mail: info@fondazionecardiologiatonolli.it  
www.fondazionecardiologiatonolli.it

logo onlus

Consiglio di Amministrazione

Comitato Scientifico

Consiglio di Amministrazione

Prof. Giuseppe Riggio, Presidente - Verbania  
Prof. Eros Barantani, Vice Presidente - Verbania  
Dott. Ugo Palmieri, Tesoriere - Verbania  
Dott. Peppino Cattano - Arona NO  
Dott. Ugo Gabino - Milano  
Dott. Silvia Gamba - Verbania  
Prof. Avv. Gianfranco Negri Clementi - Milano

Prof. Sergio Dalla Volta, Presidente - Padova  
Prof. Ottavio Alfieri - Milano  
Dott. Marco Bobbio - Cuneo  
Prof. Luciano Daliento - Padova  
Prof. Silvio Garattini - Milano  
Prof. Benedetto Marino - Roma  
Prof. Claudio Rapezzi - Bologna  
Dott. Rosario Russo - Padova  
Prof. Gianfranco Sinagra - Trieste

Dott. Ugo Gabino, Presidente - Milano  
Prof. Eros Barantani, Vice Presidente - Verbania  
Dott. Ugo Palmieri, Tesoriere - Verbania  
Dott. Massimo Riggio - Milano  
Dott. Alberto Salvadori - Verbania

Secondo lo Statuto le cariche in seno ad entrambe le Fondazioni sono a titolo gratuito