



Fibrillazione atriale e angioplastica coronarica: meglio la duplice o la triplice terapia antitrombotica?

Giacomo Zoppellaro

La fibrillazione atriale è un'aritmia cardiaca molto frequente nella popolazione globale e rappresenta un grave problema di salute pubblica poiché aumenta il rischio di ictus ischemico ed embolia sistemica. L'anticoagulazione orale con un antagonista della vitamina K (come ad es. warfarin) o un anticoagulante orale diretto (come ad es. dabigatran, rivaroxaban, apixaban o edoxaban) ha dimostrato di ridurre l'incidenza di tali eventi ischemici di circa il 65% e rappresenta pertanto la terapia di scelta nella maggior parte dei pazienti. Circa il 5-10% dei pazienti con fibrillazione atriale va prima o poi incontro ad angioplastica coronarica (cioè inserzione di stent o dilatazione con palloncino) per una malattia dei vasi coronarici (infarto, angina o ischemia). Per prevenire la trombosi dello stent e gli infarti ricorrenti, è indicato l'utilizzo della doppia terapia antiplastrinica, con acido acetil-salicilico (aspirina) e un inibitore del recettore P2Y12 (clopidogrel, prasugrel o ticagrelor) per almeno 12 mesi.

Di conseguenza, nei pazienti con fibrillazione atriale e recente angioplastica coronarica, è da tempo utilizzata la cosiddetta "triplice terapia antitrombotica", una combinazione di duplice terapia antiplastrinica e anticoagulazione. Sebbene questo approccio sia ragionevole, il livello di evidenza della sua efficacia non è robusto. Infatti, se da un lato la triplice terapia antitrombotica previene in maniera efficace gli eventi ischemici sia cerebrali che coronarici, dall'altro espone i pazienti a un rischio decisamente più elevato di sanguinamenti anche gravi.

Con l'intento di ridurre il rischio di sanguinamento mantenendo però l'efficacia clinica, è stata elaborata una nuova strategia definita "duplice terapia antitrombotica" che consiste nell'utilizzo di un singolo antiaggregante (frequentemente clopidogrel) insieme ad un anticoagulante. Negli ultimi anni, un certo numero di studi randomizzati controllati hanno messo a confronto la due strategie: nel complesso, questi studi hanno suggerito

un rischio simile, fra le due strategie, di eventi cardiovascolari avversi maggiori ma una minore incidenza di sanguinamento nei pazienti trattati con duplice terapia antitrombotica. Tuttavia, nessuno di questi studi era abbastanza numeroso singolarmente e per questo è stata eseguita una metanalisi, cioè una tecnica clinico-statistica quantitativa che permette di combinare i dati di più studi condotti sul medesimo argomento, generando un unico dato conclusivo.

Gli studi inseriti nella nostra metanalisi sono:

1. lo studio REDUAL-PCI, che ha confrontato la triplice terapia antitrombotica con aspirina, clopidogrel e warfarin rispetto alla duplice terapia antitrombotica con dabigatran e clopidogrel;
2. lo studio PIONEER-AF PCI, che ha confrontato la triplice terapia antitrombotica con aspirina, clopidogrel e warfarin rispetto alla duplice terapia antitrombotica con rivaroxaban e clopidogrel;
3. lo studio AUGUSTUS, che ha confrontato la triplice terapia antitrombotica con aspirina, clopidogrel e un anticoagulante (warfarin o apixaban) rispetto alla duplice terapia antitrombotica con clopidogrel e un anticoagulante (apixaban o warfarin);
4. lo studio ENTRUST-AF PCI, che ha confrontato la triplice terapia antitrombotica con aspirina, clopidogrel e warfarin rispetto alla duplice terapia antitrombotica con edoxaban e clopidogrel.

In totale sono stati analizzati 10.969 pazienti, la cui età media era 69-72 anni, il 22-30% era composto da donne e circa la metà di essa aveva eseguito l'angio-

Anno XX - Numero 52

Ottobre 2021

Pubblicazione

curata e distribuita da

"Amici del cuore, Venezia"

SOMMARIO

Pag. 1

Fibrillazione atriale
e angioplastica coronarica:
meglio la duplice o la triplice
terapia antitrombotica?

Pag. 2

Complicanze neurologiche
del Covid-19

Pag. 4

Essere Caragiver col cuore

Pag. 6

Un pensiero dal Belgio

Il nuovo coordinatore
di Cardiologia



plastica per un infarto acuto, mentre l'altra metà aveva eseguito un'angioplastica programmata.

Questa analisi ha confermato che la strategia di duplice terapia antitrombotica riduce il rischio di sanguinamento maggiore di circa il 40% e, soprattutto, riduce del 68% il rischio di sanguinamento cerebrale. L'incidenza di ictus, infarto miocardico e mortalità sono risultati molto bassi e sovrapponibili con entrambe le strategie. La trombosi dello stent coronarico, evento molto raro ma molto pericoloso, è risultato lievemente ma non significativamente aumentato nei pazienti che seguivano una strategia di duplice terapia antitrombotica.

Andando ad analizzare più in dettaglio i pazienti, è risultato che la duplice terapia antitrombotica è la strategia più convincente per i pazienti che fanno un'angioplastica programmata, mentre nei pazienti sottoposti ad angioplastica per infarto miocardico la triplice terapia mostra la tendenza a proteggere meglio dagli eventi ischemici. In conclusione, la metanalisi qui presentata conferma che la duplice terapia antitrombotica riduce il rischio di sanguinamento nei pazienti con fibrillazione atriale dopo angioplastica senza aumentare complessivamente il rischio ischemico e deve essere considerata la strategia predefinita soprattutto nei pazienti sottoposti ad angioplastica programmata e/o non complicata. La triplice terapia antitrombotica può comunque essere

considerata nei pazienti con recente infarto miocardico o a più alto rischio di sviluppare la trombosi di stent e per un tempo limitato (da una settimana ad un mese). Le linee guida europee del 2020 sulla fibrillazione atriale confermano i risultati di questo studio e dichiarano che "nei pazienti con fibrillazione atriale sottoposti ad angioplastica non complicata, si raccomanda la cessazione precoce (meno di 7 giorni) di aspirina e la continuazione della doppia terapia con un anticoagulante e un inibitore P2Y12 (preferibilmente clopidogrel) se il rischio di trombosi dello stent è basso o se le preoccupazioni sul rischio di sanguinamento prevalgono sulle preoccupazioni sul rischio di trombosi dello stent" e che "a triplice terapia con aspirina, clopidogrel e un anticoagulante per più di 7 giorni deve essere presa in considerazione quando il rischio di trombosi dello stent supera il rischio di sanguinamento, e con la durata totale (inferiore a 30 giorni) decisa in base alla valutazione di questi rischi".

Bibliografia

Giacomo Zoppellaro, Giuseppe Maria Marchese, Alessandro Squizzato, Gentian Denas, Giuseppe Patti, Raffaele De Caterina, Vittorio Pengo. Benefit of dual antithrombotic therapy with direct oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation undergoing percutaneous coronary intervention: a systematic review and metaanalysis of randomized clinical trials. Intern Emerg Med. 2020 Sep;15(6):1093-1104.



Complicanze neurologiche del Covid-19

*Dr. Francesco Paladin
Direttore U.O.C.
di Neurologia Ospedale Civile
di Venezia*

La pandemia da Covid-19 continua a diffondersi in tutto il mondo e la ricerca si è concentrata principalmente sulla comprensione delle cause dei sintomi respiratori.

Meno attenzione, però, è stata data all'impatto del virus sulla risposta immunologica, sul sistema nervoso centrale (SNC) e agli aspetti neuropsicologici correlati, ovvero a tutte le manifestazioni neurologiche note come "Neurocovid".

Il Covid-19 è un singolo virus a RNS che entra nelle cellule dopo il legame con l'enzima ACE2. Il quadro sintomatologico del Covid-19 è dominato da patologie respiratorie e, con minore frequenza, disturbi gastrointestinali di lieve o grave entità.

La diffusione del virus, però, non è circoscritta a questi due organi, considerando che l'espressione del recettore ACE2 è rilevata anche in altri tessuti, tra i quali cuore, reni, endotelio e SNC.

Il Covid-19, analogamente ad altri virus respiratori, accede al SNC attraverso diverse vie. Una di queste è attraverso il bulbo olfattivo, mediante un trasporto assonale

retrogrado. I virus che si replicano nella cavità nasale, infatti, possono utilizzare il collegamento diretto con il bulbo olfattivo per colonizzare il sistema nervoso centrale. Il virus può accedere anche attraverso le cellule endoteliali, le quali rivestono la vascolarizzazione del cervello, attraverso il sistema linfatico, il nervo trigemino, che proietta terminazioni nocicettive alle cavità nasali e dalle fibre sensoriali del nervo vago, che innervano le vie respiratorie.

L'infezione virale del cervello può avere molteplici conseguenze neurologiche e psichiatriche che possono scaturire sia nella fase acuta della malattia che nella fase di recupero.

Lo spettro delle manifestazioni cliniche osservate riguardo l'infezione da Covid-19 variano da condizioni cliniche asintomatiche a condizioni più gravi, che possono costituire una minaccia per la vita dell'individuo colpito. L'infezione da Covid-19 può essere classificata in lieve, moderata, grave e critica a seconda dei sintomi. Circa l'80% dei pazienti presenta un decorso della malattia asintomatico o lieve, il 15% dei pazienti presenta una sintomatologia moderata o grave che richiede il ricovero e il restante 5% dei pazienti può sperimentare condizioni critiche tali da costituire pericolo di vita, come shock settico, insufficienze cardiache e respiratorie e disfunzioni multiple a diversi organi.

Il Neurocovid può essere definito come l'insieme di manifestazioni associate al Covid-19 che colpiscono il cervello, il sistema nervoso centrale e periferico.

Da un'analisi della letteratura, le principali manifestazioni del Neurocovid sono:

Encefaliti: diversi studi riportano l'individuazione del



virus nel fluido cerebrospinale e la comparsa di sintomi neurologici in un periodo che va dalla concomitanza con la comparsa dei sintomi respiratori a 17 giorni dopo. Le manifestazioni neurologiche che i soggetti con Covid-19 presentano sono tipiche anche per l'encefalite con irritabilità, confusione e ridotta coscienza, a volte associata a convulsioni, ma anche rigidità del collo, atassia e debolezza facciale bilaterale. Inoltre, i soggetti affetti da Covid-19 presentano spesso encefalopatia, mal di testa, ictus ischemici o emorragici.

Anosmia e ageusia: la perdita di odore (anosmia) e sapore (ageusia) sono stati classificati come sintomi comuni dell'infezione da Covid-19, sia con altri sintomi o in isolamento, suggerendone una possibile qualificazione come marcatori diagnostici.

Depressione, ansia e disturbi legati al trauma: nonostante i dati in possesso della comunità scientifica siano ancora molto limitati, i sopravvissuti al Covid-19 sono stati clinicamente diagnosticati con Stress post traumatico (PTSD), depressione, disturbo del dolore, disturbo di panico e disturbo ossessivo-compulsivo da 31 a 50 mesi dopo l'infezione. In particolare, il disturbo di depressione maggiore è uno dei disturbi più frequenti legati a lesioni infiammatorie al cervello. Diversi studi hanno evidenziato l'associazione dei sintomi depressivi con l'infiammazione dei tessuti e l'insufficienza neurogliale. Ciò è maggiormente evidente negli anziani. L'invecchiamento, infatti, influisce sui livelli e sull'attività delle citochine nel sistema nervoso centrale. L'infezione può, di per sé, innescare la depressione maggiore nei pazienti anziani a causa della diminuzione dell'omeostasi immunitaria dipendente dall'età. La diminuzione del controllo sull'impulsività e i sentimenti di paura in combinazione con l'infiammazione dei tessuti del cervello potrebbe aumentare il rischio di suicidio.

Disturbi psicotici: l'esposizione a infezioni virali nell'utero, durante lo sviluppo infantile e nell'età adulta è riconosciuta come uno dei potenziali fattori patogeni della psicosi reattiva. Diversi studi mostrano un aumento delle concentrazioni di citochine e dei suoi recettori nella schizofrenia cronica, così come in pazienti narcisisti nel loro primo episodio psicotico.

Complicazioni demielinizzanti e neuromuscolari: tra le conseguenze neurologiche ritardate descritte si osservano la neuropatia periferica, miopatia, encefalite del tronco encefalico e poliradicolonevrite o sindrome di Guillain-Barre (GBS). Di solito, questi sintomi si sono verificati da due a tre settimane dopo i sintomi respiratori. Per quanto riguarda l'incidenza, tali complicazioni si osservano in una piccola serie di casi. Queste complicazioni post-Covid sono state descritte in un piccolo gruppo di casi e la causalità quindi, non può essere definitivamente stabilita. Per quanto riguarda, invece, la demielinizzazione, gli studi suggeriscono che, sebbene l'infiltrazione delle cellule di Covid-19 nel sistema nervoso centrale sia prevalente, la sua associazione con i disturbi demielinizzanti come la sclerosi multipla o altre sequele neurologiche ritardate richiede ulteriori studi. Malattie neurodegenerative: non è stata trovata un'as-

sociazione diretta tra Morbo di Parkinson e infezione da Covid-19, ma diversi studi hanno evidenziato la presenza di anticorpi anti-CoV nel liquido cerebrospinale di soggetti con malattia di Parkinson. Poiché le cellule neurali e immunitarie possono avere la funzione di serbatoi di Cov latente, è possibile che ciò possa contribuire a ritardare i processi neurodegenerativi.

In un recente studio dell'Università di Göteborg, è stato dimostrato che tutti i partecipanti raggiungono la normalizzazione dei biomarcatori delle lesioni del SNC, indipendentemente dalla precedente gravità della malattia o dai sintomi neurologici persistenti. Indicando che le conseguenze neurologiche post-COVID-19 non sono dovute a lesioni cerebrali attive.

Il coinvolgimento del sistema nervoso centrale e i segni di lesioni cerebrali sono stati descritti dall'inizio della pandemia di SARS-CoV-2. Uno studio precedente dello stesso gruppo ha mostrato che i pazienti ospedalizzati che ricevevano ossigenoterapia o cure in terapia intensiva avevano spesso segni di danno cerebrale misurando il biomarcatore del danno cerebrale basato sul sangue. Inoltre, negli ultimi mesi è diventato sempre più evidente che dopo la fase acuta del COVID-19, molti pazienti soffrono ancora di disabilità neurologica persistente. Questo spesso include letargia, affaticamento o funzione cognitiva compromessa.

Questa conseguenza è ora definita condizione post COVID.

Il meccanismo alla base del modo in cui COVID-19 provoca sintomi neurologici persistenti non è ancora completamente compreso. In uno studio di follow-up, i ricercatori miravano a studiare le traiettorie longitudinali degli stessi biomarcatori plasmatici in pazienti che si sono ripresi da COVID-19, con e senza sintomi neurologici persistenti.

Normalizzazione dei marcatori

Lo studio presentato su EBioMedicine, ha reclutato 100 pazienti COVID-19 dall'ospedale universitario Sahlgrenska di Göteborg, in Svezia. La popolazione in studio è stata suddivisa in gruppi in base alla gravità della malattia; COVID-19 lieve, moderato e grave. I campioni di sangue sono stati raccolti ad un intervallo di fase acuta della malattia, 3 e 6 mesi dopo l'infezione. Nella fase acuta, i pazienti che hanno richiesto il ricovero e stavano ricevendo ossigenoterapia o ventilazione meccanica hanno mostrato un aumento di NfL (proteina della catena leggera dei neurofilamenti), un biomarcatore che aumenta con il danno neuronale, e GFAP (proteina acida fibrillare gliale), un biomarcatore che indica danno astrocitario o iperattivazione. Al follow-up, tutti i biomarcatori sono tornati ai loro normali valori di base. Inoltre, al follow-up clinico di 3 e 6 mesi, 50 pazienti su 100 reclutati hanno riportato uno o più sintomi neurologici, i sintomi più comuni erano affaticamento, "nebbia cerebrale" e deterioramento cognitivo, come la memoria, perdita e mancanza di concentrazione. Sorprendentemente, non c'erano differenze nella frequenza di alcun sintomo tra i gruppi di gravità della malattia.

“I risultati di questo studio mettono l’accento sull’importanza di ulteriori ricerche che devono convalidare la scala dei sintomi neurologici persistenti e del recupero, ma anche per indagare sulla vera causa di questa condizione. Questo è di grande importanza dal punto di vista scientifico e di salute pubblica nella ricerca di una migliore cura di questo gruppo di pazienti”, afferma il primo autore Nelly Kanberg, studentessa di dottorato presso l’Infectious Disease presso la Sahlgrenska Academy, Università di Göteborg e medico residente



Essere Caragiver col cuore

*Dr. Nelio Fonte
Psicologo Clinico
e di Comunità*

Come è stato detto più volte, chi assiste un familiare con difficoltà - siano esse fisiche o psichiche e comunque con la sua autonomia inficiata - viene definito col termine anglosassone Caregiver, ovvero colui che si prende cura: è la figura di riferimento primaria per il parente fragile, il quale dipende del tutto da lui/lei, tanto quanto un bambino dipenda dalla madre.

È questa perciò una funzione fondamentale ed indispensabile, delicata e al contempo risoluta, paziente e doverosamente comprensiva che, a volte però, rischia di sentirsi sola e abbandonata, alla quale è importante offrire un sostegno, un aiuto anche piccolo, come quello che vogliamo dare, qui in teoria e in seguito proponiamo operativamente, a favore di chi è a stretto contatto con il proprio congiunto cardiopatico.

Sono dei semplici suggerimenti e consigli pratici, che risultano utili per affrontare le situazioni più ricorrenti e comuni che si presentano al Caregiver nella convivenza e relazione di tutti i giorni con il proprio caro malato. A tale scopo sono doverose al contempo alcune precisazioni che chiariscono la particolare posizione di questo “in-volontario” compito e ruolo che una persona si trova ad assolvere suo malgrado e, a volte, del tutto impreparata, nel corso della sua vita familiare.

L’assistenza partecipata del Caregiver

Molto spesso nell’esperienza del prendersi cura di un soggetto cardiopatico ci si concentra ed impegna esclusivamente ad indirizzare tutte le nostre energie per aiutare il proprio caro malato a “star bene”, tralasciando una componente fondamentale per il suo completo benessere, cioè quella del “sentirsi bene”, che significa principalmente star bene con se stessi; cosa, per altro, che riesce, come si suol dire, ad aggiungere vita ai suoi anni, oltre che anni alla sua vita.

Però, come possiamo facilmente capire, questo buon proposito non è così facile da farsi, perché prevede un

presso il Dipartimento di malattie infettive, ospedale universitario di Sahlgrenska.

Le complicanze neurologiche sono comuni nel COVID-19 e in alcuni pazienti possono continuare diversi mesi dopo la fase acuta. È rassicurante che elevate concentrazioni di marker di lesione cerebrale tornino alla normalità 3-6 mesi dopo la fase acuta di COVID-19, indicando che non è presente alcun danno cerebrale continuo e che ci sono buone possibilità di recupero anche nei pazienti con post-sintomi neurologici e cognitivi acuti.

coinvolgimento emotivo e psicologico del Caregiver, da non dare per scontato, in quanto necessita di un investimento importante da dedicare al rapporto di fiducia che dev’essere instaurato tra chi è assistito e chi assiste, e soprattutto per quest’ultimo/a, una personale disponibilità per quella che è chiamata “prossimità empatica”. Infatti, ci siamo resi conto più di una volta che stando accanto al malato, con una sincera vicinanza affettiva, fatta di espressione autentica di sentimenti, riusciamo meglio ad offrirgli e garantirgli una condizione di vita più accettabile, se non migliore, sotto tutti gli aspetti. È in tal modo che il soggetto, al quale sono rivolte le prestazioni di cura, sarà arricchito da una risorsa in più, perché avrà maggior fiducia nelle proprie sensazioni e nelle proprie capacità, nonché risorse residue, diventando così più autonomo ed auto-diretto, nonché primo “supporto” di se stesso.

Perché questo approccio di cura si realizzi bisognerà però, come si è detto, stabilire un rapporto di fiducia e quindi prestare attenzione e seguire alcune importanti indicazioni. In primis quella di stabilire - una relazione d’aiuto - cioè la comunicazione per eccellenza che il Caregiver deve saper adottare e padroneggiare; è una modalità attraverso la quale il malato, sentendo l’interesse del proprio congiunto, può cambiare il suo modo di porsi, il suo stato d’animo e quindi la partecipazione alla sua cura.

A questa segue sicuramente - l’ascolto attivo della persona - perché non è difficile capire quanto una persona ammalata sia anche intimidita, abbattuta, scontentata, preoccupata, angosciata, nonché depressa e che, per questo, ha una forte necessità ad essere rassicurata e che ciò può essere fatto meglio esprimendo a parole e definendo assieme la sua situazione attuale.

Inoltre occorre esercitare - la capacità di essere solidali - nell’adeguarsi alla condizione del parente cardiopatico, dando il più possibile spazio alle sue domande, a volte cariche di ansia e profonda tristezza, che non devono rappresentare un noioso fastidio ma, al contrario, una buona partenza per lo sviluppo di un affiancamento personalizzato.

Le ore trascorse a dialogare non devono essere viste come una perdita di tempo, poiché costituiscono invece un segno di stima e di vera solidarietà, dalle quali il familiare assistito (ma non solo) ne trae vantaggio e beneficio.

Altro consiglio, estremamente importante, da considerare nell’esperienza del Caregiver, è quello di stimolare - la



motivazione dell'assistito - che ha un "ruolo chiave" nel determinare le innumerevoli variazioni all'interno della vita quotidiana dello stesso, perché legata alla costante sorveglianza ed alla prevenzione delle complicanze della sua delicata situazione di salute.

Mantenere, se non addirittura far crescere, la motivazione del soggetto malato rappresenta la "frontiera" della cura, che per essere oltrepassata ha bisogno di acquisire sempre nuovi atteggiamenti e nuove competenze da parte di chi si fa carico del proprio caro assistito.

A questi suggerimenti, sicuramente, ne aggiungiamo un altro, certo non di minor valore, ovvero l'impegno di migliorare - la qualità della propria vita - che abitualmente è misurabile con semplici parametri quantitativi che concorrono a valutare un determinato status delle performance del proprio caro assistito, i quali però devono essere accompagnati da sistemi di osservazione e comunicazione che sappiano trasmettere e legittimare la concezione del vivere soggettivo del cardiopatico, in relazione al suo adattamento all'ambiente ed alla soddisfazione dei suoi bisogni.

Ed infine, ma non ultima, l'indicazione relativa a quella che è definita come - l'educazione permanente - che rappresenta una delle "sfide" maggiori dell'assistenza socio-sanitaria odierna, nonché della Psicologia di Comunità, cioè quella che consiste nel saper tirar fuori le risorse residue da ogni singola persona malata, per far fronte alle sue diverse condizioni di disagio.

Si aprono così, nuovi orizzonti e quindi nuovi impegni che prevedono, a loro volta, nuovi investimenti soprattutto nella formazione e sostegno di quella figura essenziale, nell'assistenza alla persona fragile, che è il Caregiver.

Capire e sostenere il Caregiver

Fare, o meglio essere Caregiver è indubbiamente uno dei ruoli più difficili da assumere nella relazione con un congiunto bisognoso di cure e, ancor più se questi ha una patologia irreversibile, come sono le cardiopatie. Infatti, se solo lo consideriamo da un punto di vista emotivo, le sensazioni prevalenti che spesso può provare chi svolge questa importante e faticosa funzione, sono quelle di sentirsi alquanto limitato, se non "in trappola", in una condizione senza possibilità di cambiamento, molto spesso con la dolorosa e penosa consapevolezza che l'unica via d'uscita è l'interruzione del suo esclusivo farsi carico del familiare ammalato.

Il suo senso di inadeguatezza, di incompetenza e di perdita di fiducia nei propri mezzi può accompagnarsi molto spesso ad una mancanza di autostima che di certo emergerà quando non ci sarà più motivo di sottrarsi all'attenzione quotidiana rivolta esclusivamente alla propria persona.

A ciò vanno aggiunte le sensazioni di perdita di capacità, connesse alle invalidità del familiare stesso, se paragonate a come era in precedenza, che spesso molti Caregivers non riescono ad accettare.

La paura di non fare mai abbastanza, di non essere adeguati, di non essere all'altezza della situazione, è ricorrente ed elevata, ma nonostante ciò la maggior parte dei Familiari Caregivers pretendono di fare tutto da soli e si rifiutano di prendersi qualche "momento di stacco" - anche quando essi potrebbero - sostenendo che di certo il loro familiare assistito non può "concedersi una vacanza" dalla propria condizione.

Nel caso di rapporti molto stretti col congiunto bisognoso di cure, i sensi di colpa possono essere originati soprattutto dalla rabbia che si prova nei suoi confronti e per i suoi limiti e deficit, oppure ci si può sentire "colpevoli" per il semplice fatto di essere sani. Anche se questi sentimenti possono sembrare irrazionali ed ingiustificati, va precisato che l'autobiasimo provato dal Caregiver è del tutto reale e, ancor più, legittimo. Se interrompere per un lungo periodo o cessare drasticamente l'assistenza al parente malato, nonché nello specifico, con cardiopatia, può generare un senso di sollievo dalle responsabilità e dall'onere gravoso, è indubbio che al contempo può produrre il vuoto per la perdita di un ruolo fondamentale e sentimenti di biasimo, sensi di colpa e solitudine.

E allora, cosa si può fare per aiutare chi si prende cura di un parente fragile? E, cosa ancora più importante, cosa si deve fare per tutelarne la sua salute? Intanto è fondamentale offrirgli dei "momenti di tregua", mediante servizi di Orientamento, Sostegno ed Assistenza che consentono di limitare o almeno sospendere temporaneamente, il suo impegno per alcune ore, o per una notte, se non per qualche giorno; favorendogli il recupero delle sue energie fisiche e mentali, contribuendo così alla diminuzione delle pesanti sensazioni di isolamento sociale e di responsabilità personale.

Un'altra risorsa importante per sollevare dalle pesanti e continue responsabilità il Caregiver sono le partecipazioni del congiunto cardiopatico alle attività ricreative e socializzanti proposte dalle Associazioni rivolte alla suddetta patologia.

Ulteriore e specifico contributo di sostegno a chi presta cure al proprio familiare malato è dato da interventi di tipo psicologico che più facilmente possono offrire, mediante colloqui, uno spazio individuale di ascolto ed elaborazione, dove poter manifestare apertamente i propri stati d'animo e promuovere un migliore adattamento alla realtà.

Infine, all'interno di Gruppi di Auto-Mutuo Aiuto esclusivamente dedicati, i Familiari Caregivers possono confrontarsi con altre persone che stanno vivendo una situazione simile alla loro e trovare utile condivisione e sincera solidarietà, sentendosi compresi e meno soli; Gruppi dove ancora, possono imparare ad ascoltare gli altri e se stessi senza giudicare o solamente concentrare l'attenzione sui propri familiari presi in cura; ma, soprattutto, Gruppi dove possono fare tutto questo sotto la guida di professionisti con esperienza, qualificati e competenti.

Un pensiero dal Belgio

Arrivare letteralmente al cuore di un essere umano non è un eufemismo: è quello che ho vissuto in prima persona quando il direttore del reparto cardiologia dell'Ospedale Civile di Venezia, il professore Giuseppe Grassi, mi ha praticato una coronarografia che ha portato all'immediata applicazione di 5 stents alle mie coronarie. In una parola: mi ha salvato la vita.

Il primario non si aspettava, quando ha introdotto il catetere nella mia arteria brachiale, di trovare una situazione così compromessa. Neppure io lo immaginavo, quando due giorni prima ero arrivata all'ospedale, che la mia vita fosse in pericolo. Così quando Grassi, guardandomi dritto negli occhi con il suo sguardo un po' leonino ma rassicurante mi ha detto: "Signora la situazione è al limite. Cosa facciamo? La metto in sicurezza?" "Certo, mi metta in sicurezza, gli ho risposto senza tentennamenti, con la sensazione di essere in buone mani.

Poi c'erano loro, le assistenti del professore. Con molta accuratezza mi hanno preparato all'operazione. La prima assistente, presumo, mi ha preso la mano dicendomi:

"non si preoccupi, ci siamo noi". I suoi occhi, truccati di azzurro, sorridevano sotto la mascherina, e ho pensato a quante cose avevano già visto quegli occhi.

Da quel momento Grassi e la sua squadra non si sono più fermati. Tutte reagivano senza esitare neppure un attimo ai suoi "ordini" precisi. Io percepivo tutto, anche le sue reazioni. Al paziente non vuole siano somministrati né antidolorifici né calmanti. Grassi vuole poter parlare con loro. Li vuole reattivi, ed io senza alcun dubbio lo ero.

Mesi dopo, tornata a Bruxelles, nel pieno della pandemia per il Covid 19, un cardiologo belga, dopo avermi visitato mi ha detto: "A Venezia hanno fatto un gran bel lavoro ma ora è il momento di intervenire con tre bypass".

Dopo un anno sono tornata a Venezia, dove non potrò mai dimenticare la mia permanenza all'Ospedale Civile, e soprattutto al professor Giuseppe Grassi e alla sua squadra grazie ai quali sto ricostruendo un nuovo futuro.

Patrizia Lenzarini



Il nuovo coordinatore di Cardiologia

Vi presentiamo il nuovo coordinatore del Reparto di Cardiologia dell'Ospedale Civile di Venezia.

Il signor Pugiotto Andrea è nato a Monza il 20.05.1971 e attualmente risiede a Mirano, Venezia.

Ha ottenuto il Diploma Infermieristico frequentando la Scuola Infermieri di Piove di Sacco nell'anno 1994. Le sue esperienze lavorative sono molto variegate e si possono riassumere come di seguito:

- Due anni di servizio Ospedale Villa Salus nel Reparto di Chirurgia Generale.
- Ospedale di Treviso un anno in Reparto di Psichiatria e quindi per circa tre anni nel Reparto di Terapia Intensiva di Neurochirurgia.
- Ospedale di Dolo-Mirano per 10 anni in Reparto di Pronto Soccorso.
- Ospedale di Venezia per 10 anni in servizio al reparto SUEM 118.

Una esperienza lavorativa di tutto rispetto che contribuirà certamente al buon funzionamento del Reparto di Cardiologia dell'Ospedale Civile di Venezia.

"Amici del Cuore di Venezia" Associazione di volontariato Onlus

c/o Reparto di Cardiologia - Ospedale Civile di Venezia
Castello, 6777 - 30122 Venezia

Cell. 340 00.60.633 - 347 55.80.200 - 338 10.41.873

E-mail: info@amicideluorevenezia.org

C.F. 94053280270 da utilizzare per la scelta del 5 per mille

C.C.P. n. 25910480 - Iban IT49 J076 0102 0000 0002 5910 480

BANCA DELLA MARCA FILIALE DI VENEZIA

Iban IT05 Y070 8402 0050 4600 4700 182

Conti correnti utili per il pagamento della quota annua di € 20,00

SITI INTERNET

Sito dell'Associazione:

www.amicideluorevenezia.org

Visitate il blog ed esprimete

il vostro parere fornendoci suggerimenti!

Sito del Coordinamento Triveneto al quale siamo federati:

www.trivenetocuore.it

Sito del Coordinamento Nazionale al quale aderisce anche la nostra Associazione:

www.conacuore.it