

BRIANZA PER IL CUORE

News

DAL 1995 IL CUORE DELLA BRIANZA PER IL CUORE DI TUTTI

N°1
04/2018

"Che musica e quanta beneficenza!"

GRANDE SUCCESSO PER I CONCERTI DI 'MARZO PER IL CUORE' CON FAUSTO LEALI & FRIENDS

APAG

3



Il saluto del Presidente

Cari amici,

L'arrivo della primavera porta a Brianza per il Cuore i frutti di un anno di progetti e lavori intensi realizzati con grande impegno e soddisfazione.

Dopo il rinnovo del direttivo lo scorso aprile, le nostre forze si sono concentrate in un susseguirsi di eventi per la realizzazione di molteplici progetti.

Con l'ormai consolidata "RUN" al Parco di Monza abbiamo raggiunto l'importante obiettivo di coinvolgere sempre più giovani sportivi a portare più attenzione alla prevenzione delle malattie cardiovascolari in una giornata di divertimento e sport.

Una bella novità è stato il coro Gospel "Joyful Singers" realizzato nell'Auditorium dell'Ospedale San Gerardo di Monza che ci ha permesso di regalare ai pazienti ricoverati un pomeriggio di musica e allegria con un'emozionante atmosfera natalizia.

Il nuovo anno ha portato una ventata di freschezza con il progetto "Marzo per il Cuore" un mese dedicato alla musica e alla raccolta fondi.

Il primo evento musicale realizzato dal gruppo Rotary Monza al Teatro Manzoni, in collaborazione con la nostra Associazione, ci ha permesso di devolvere l'intero ricavato al 118 di Monza per due ecografi portatili (grandi come un tablet) destinati alle auto mediche.

L'evento successivo "Fausto Leali and Friends", grazie al carisma del nostro grande amico Fausto e alla bravura degli artisti coinvolti, ci ha permesso di realizzare una serata coinvolgente e ricca di sorprese. È stato così possibile raggiungere l'obiettivo di raccolta fondi per dotare il reparto di Cardiologia e di Cardiocirurgia del San Gerardo di un importante ecocardiografo.

Siamo solo ad aprile, i progetti proseguiranno con la solita voglia ed entusiasmo e, grazie a voi, continueremo a crescere per sensibilizzare sempre di più verso la prevenzione e la salute del nostro e vostro cuore.

LA DONAZIONE

Obiettivo raggiunto:
Ecocardiografo alla cardiologia
del San Gerardo

APAG

3

LA PREVENZIONE

Il killer subdolo
uccide
anche giovani sportivi

APAG

5

LA NOVITÀ

Desio un rapido accesso
alle cure cardiologiche
ambulatoriali

APAG

7

il tuo
5 per Mille ai PROGETTI di
Brianza per il Cuore

Anche quest'anno ti chiediamo un gesto semplice che non costa nulla, ma vale molto per la nostra Associazione e per te, nostro sostenitore nella lotta alle malattie cardiovascolari nell'area di Monza e Brianza.

L'aiuto che ti chiediamo oggi è semplice ma molto importante
il tuo 5xMille a sostegno dei nostri progetti.

**Ma con il tuo 5xMille potremo fare ancora di più e migliorare
la qualità di vita in Monza e Brianza.**

Inserisci il nostro codice fiscale

94553920151

ricordalo per la tua dichiarazione dei redditi

nel primo riquadro in alto a sinistra nei modelli:

> CUD > 730 > UNICO

Grazie
di Cuore

Per maggiori informazioni:
brianzaperilcuore@asst-monza.it
Tel. 0392333487 ore 9.00 / 12.00

www.brianzaperilcuore.org/5xmille



Foto a cura di FOTO TORCHIO

Noi sosteniamo i progetti di Brianza per il Cuore

Gruppo Bonomi Pattini

VISITA IL NOSTRO

SHOWROOM

Ampia selezione di porte e pavimenti in laminato per abitazioni, uffici e spazi commerciali

Via Stelvio, 9 Varedo (MB)

(+39) 0362 580453

info@bonomipattini.it

www.gruppobonomipattini.com

Che musica e quanta beneficenza

GRANDE SUCCESSO PER I CONCERTI 'MARZO PER IL CUORE CON "FAUSTO LEALI & FRIENDS"

Che musica e quanta beneficenza. Con il concerto del 15 marzo sera è stato fatto un altro importante passo per donare un'ecocardiografo di ultima generazione per l'Unità Coronarica all'Ospedale San Gerardo.

Teatro Manzoni al completo per lo spettacolo benefico organizzato da Brianza per il Cuore. Ognuno dei biglietti venduti è servito per avvicinarsi alla cifra necessaria, circa 60 mila euro, per l'acquisto dell'ecocardiografo di ultima generazione, ovvero un apparecchio che permette di visualizzare il cuore in ecografia vedendolo battere in tre dimensioni e potendo così definire con precisione le dimensioni dell'infarto, quantificare la funzione ventricolare, valutare in tempo reale la regolare apertura delle valvole.

Protagonisti di una serata perfetta, FAUSTO LEALI, LUISA CORNA, METTHWE LEE, GIORGIO VANNI E I B-TLES 3-BUTE. A sorpresa sul palco è salito anche quello che lo stesso Leali ha definito "l'autentico cantante monzese", MORGAN. Quest'ultimo non solo ha cantato una sua canzone inedita, ma anche duettato con il Leali.

Di momenti emozionati ce ne sono stati tanti. La musica è stata protagonista, ma anche la beneficenza. Prima dell'inizio dello spettacolo, Laura Colombo, la presidente della Onlus,



La donazione, con il contributo di Mitsubishi Electric, del defibrillatore alle direttrici del Teatro Manzoni e della Scuola Paolo Borsa alla presenza delle autorità

che si può dire sta cardioprotteggendo tutta Monza (e non solo), ha donato altri due defibrillatori: uno alla Scuola Paolo Borsa e l'altro proprio al teatro Manzoni, dove si è svolta la

serata.

Una serata che si è aperta con questo bel gesto per poi proseguire a colpi di musica e di brani uno più belli dell'altro. Fausto Leali ha re-

citato la parte del leone. Una voce che è una garanzia, oltre che una macchina del tempo capace di trasportare il pubblico negli anni '60 e '70, come d'un tratto in America. E poi, c'era lei, la bellissima Luisa Corna. Cantante che ha fatto vibrare con la sua voce il cuore dei presenti.

Sala gremita dei tanti sostenitori della onlus e presenti anche le autorità cittadine. Dal sindaco, Dario Allevi, all'assessore all'Istruzione Pierfranco Maffè. "Quando mi chiedono quale sia uno dei segreti che rende unica la nostra città - ha raccontato con orgoglio spiegato il primo cittadino - Non posso non parlare delle decine di progetti che sono realizzati da Brianza per il Cuore, la onlus che ha portato i defibrillatori nelle strade della nostra città e della nostra provincia, nei nostri condomini e nelle nostre scuole. Solo per fare degli esempi."

Il traguardo per la raccolta dei fondi necessari per l'acquisto dell'ecocardiografo è stato quasi raggiunto. Con i prossimi eventi organizzati dalla Onlus (continue a seguirla con attenzione) il passo definitivo sarà presto fatto e finalmente si potrà rompere il salvadanaio per donare all'ospedale cittadino il dispositivo che aiuterà a salvare più vite.

Francesca Zonca

Marzo per il Cuore

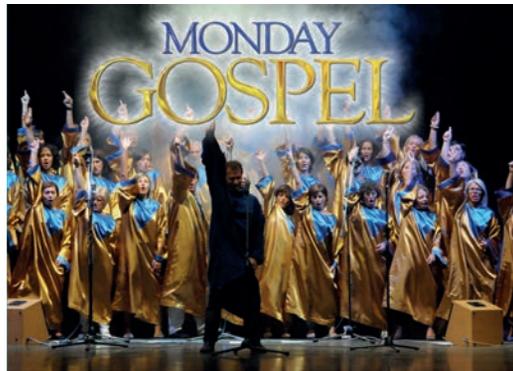
SU IL SIPARIO SULLE DONAZIONI. OBIETTIVO RAGGIUNTO CON L'AIUTO DEI ROTARY

La donazione di un ecocardiografo per l'Unità Coronarica non è stato l'unico obiettivo raggiunto in questo "Marzo per il Cuore". Già dal primo marzo il gruppo Rotary Monza, insieme al distretto 2042, hanno organizzato una serata all'insegna del coinvolgimento, al Teatro Manzoni.

Il coro Monday Gospel ha saputo intrattenere il pubblico con un'atmosfera distesa e gioiosa. Ben quaranta elementi guidati dal maestro Cogliati che hanno alzato il sipario su un tema importante e ricco di solidarietà attraverso una serata spensierata.

Presenti alla serata anche il Governatore del distretto Rotary 2042, Nicola Guastadisegni e gli assessori alla cultura, Massimiliano Longo, e alle politiche sociali, Desire Merlini

Obiettivo è stato la raccolta dei fondi necessari a Brianza per il Cuore per donare al 118 di Monza alcuni ecografi portatili piccoli come degli iPad da utilizzare sulle auto mediche 118 Monza Brianza La moderna tecnologia mette attualmente a disposi-



zione delle macchine per ecografia di piccole dimensioni e di facile portabilità che possono essere utilizzate anche in ambiti extra ospedalieri, ovvero direttamente a casa di un paziente o per strada.

Tale apparecchiatura si aggiunge alle numerose donazioni di Brianza per il Cuore alla Cardiologia, al Pronto Soccorso, al 118 e alla Rianimazione Cardiologica per meglio assistere il paziente con infarto e migliorarne la sopravvivenza e la qualità delle cure

CON DORELAN SCOPRI IL PIACERE DI DORMIRE BENE

TUTTO PER IL TUO
SISTEMA LETTO

— Letti
— Materassi
— Reti
— Guanciali

dorelanbed
I negozi dei tuoi sogni

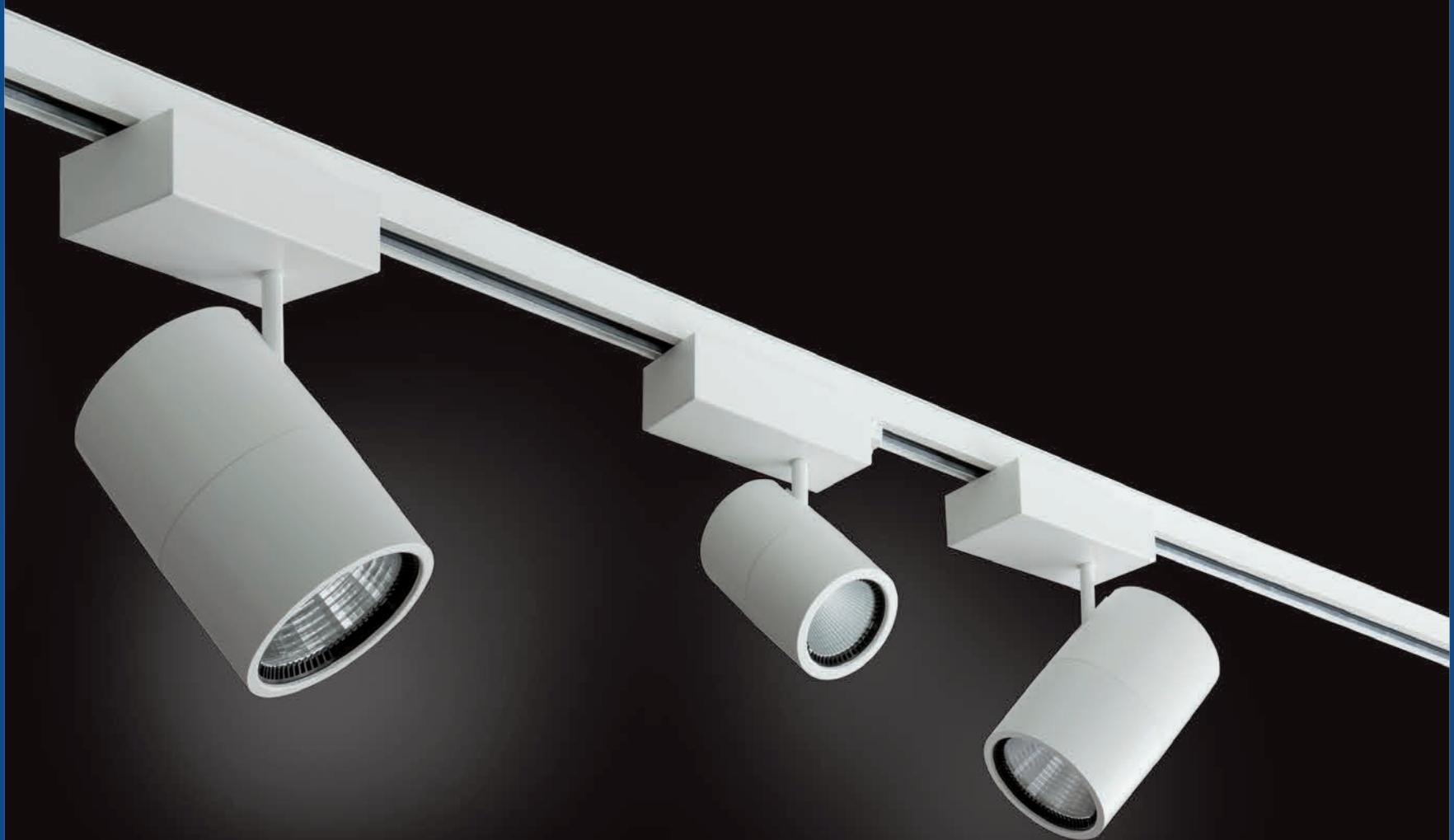
LISSONE
Viale della Repubblica, 105
Tel. 039 2145469

*Noi sosteniamo i progetti di
Brianza per il Cuore*



SIDE®

www.sidespa.it



ILLUMINAZIONE TECNICA PER INTERNI ED ESTERNI

Morte cardiaca improvvisa

IL KILLER SUBDOLO UCCIDE ANCHE GIOVANI SPORTIVI

MCI, la MORTE CARDIACA IMPROVVISA è definita come il decesso che avviene per cause cardiache, con improvvisa perdita di coscienza entro un'ora dall'insorgenza dei sintomi. Le sue caratteristiche principali sono legate alla genesi non traumatica ed all'immediatezza della precipitazione degli eventi, che sono da ascrivere ad aritmie cardiache maggiori, che producono, in ultima analisi, l'arresto cardiaco e cardiocircolatorio.

In Italia vi sono 50.000 decessi/anno per MCI, 350.000 negli Stati Uniti con una media generale di 1 caso per 1000 abitanti.

L'aritmia che più spesso caratterizza la MCI è senza dubbio la fibrillazione ventricolare (FV), presente nell'85% dei casi. La bradiaritmia estrema (15%) può portare al decesso verosimilmente più per lo sviluppo di aritmie maligne come la FV che non al rallentamento della frequenza cardiaca di per se.

La MCI rappresenta pertanto il 10% delle morti complessive per ogni causa. L'80% è legata alla presenza di cardiopatia ischemica mentre nel restante 20% concorrono cause più spiccatamente aritmiche.

La morte improvvisa per cause prettamente aritmiche colpisce in giovane età (< 35 anni), al contrario della cardiopatia ischemica (prevalentemente > 50 anni), e per tale motivo viene maggiormente enfatizzata, in particolare quando colpisce giovani sportivi.

Gli arresti cardiaci in età pediatrica, secondo gli studi di valutazione statistica, sono variabili poiché si attestano tra il 2.6 e il 19.7% di casi annui, ogni 100.000 abitanti. Il tasso di sopravvivenza dopo arresto cardiaco extraospedaliero tra gli infanti è del 6.7%.

La MCI in giovane età rappresenta, per motivi emotivi e per perdita netta prospettica di anni di vita, la causa di decesso più sentita a livello sociale ed enfatizzata dai mass-media.

Le patologie aritmiche che colpiscono i giovani, possono essere di natura genetica o congenita, entrambe causano lo sviluppo di aritmie ventricolari maligne, come la fibrillazione ventricolare, che arrestano il cuore degenerando, in ultima istanza, in attività elettrica senza polso (dissociazione elettromeccanica) e infine, causando il decesso.

Le patologie genetiche maggiormente correlate con la MCI sono: la sindrome del QT lungo, la sindrome del QT corto, la sindrome di Brugada, la sindrome catecolaminergica. Esse non determinano alcuna alterazione strutturale del cuore e pertanto non si evidenziano con esami cardiaci come l'ecocardiografia che risulta essere sempre normale.

Vi sono inoltre altre patologie cardiache che causano alterazione della struttura del cuore associate all'MCI, come la displasia aritmogena del ventricolo destro e la cardiopatia ipertrofica.

Tali patologie sindromiche non sono molto frequenti fortunatamente, ed in particolare la sindrome del QT lungo si presenta in 1 caso su 2500, la S. del QT corto è ancora più rara, la S. di Brugada ha un'incidenza di 1 caso su 3000-10000 persone con un netto sbilanciamento per il sesso maschile con rapporto 8:1 su quello femminile, la decade interessata è quella compresa tra i 30-40 anni e si presenta preva-



lentemente di notte. Anche la sindrome catecolaminergica è considerata poco frequente presentandosi in 1 caso su 10000 ed è spesso correlata ad eventi emozionali e da sforzo. Un poco più frequenti sono la displasia aritmogena (1 caso su 2000) e la cardiopatia ipertrofica (1 caso su 500).

A questa parte di popolazione, affetta da patologie cardiache che non sono correlate a malattia coronarica, si affianca poi una larga parte di eventi di MCI legati alla malattia coronarica misconosciuta.

In questa categoria, il primo evento è l'infarto del miocardio e, in tali soggetti, il rischio della morte improvvisa è legato indissolubilmente alla percentuale di tessuto miocardico funzionante residuo ed alla ampiezza delle cicatrici all'interno del cuore, esito dell'evento infartuale. Nella maggior parte dei casi di cardiopatia ischemica i pazienti sono a conoscenza della propria patologia mentre nella patologia aritmica no.

Talvolta, purtroppo, l'arresto cardiaco è il primo evento attraverso il quale una malattia aritmica si mostra.

Cosa possiamo fare allora per prevenire un evento tanto infausto quanto inatteso?

È fondamentale, così come suggerito dalle linee guida internazionali, prendere alcuni provvedimenti in determinate specifiche situazioni:

1) Studiare approfonditamente i soggetti con aritmie ventricolari note o sospette (soggettivazione di cardiopalmo o svenimenti inspiegati)

2) Eseguire studi autoptici per le vittime di morte improvvisa in particolare se giovani. La scoperta di patologie genetiche del cuore come causa di morte può salvare la vita ad altri individui appartenenti alla stessa famiglia e affetti dalla stessa patologia.

3) Eseguire l'impianto dei defibrillatori (ICD) nei pazienti sopravvissuti ad arresto cardiaco in assenza di cause reversibili.

4) Sottoporre urgentemente a rivascolarizzazione cardiaca i pazienti con infarto del miocardio. La riduzione dei ritardi previene la morte improvvisa.

5) Eseguire gli esami suggeriti dal cardiologo di fiducia volti a monitorare la funzione contrattile nei soggetti colpiti da infarto per valutare chi può beneficiare dell'ICD.

6) Assumere i farmaci suggeriti, volti ad ottimizzare la terapia farmacologica in particolare nei pazienti affetti da cardiomiopatia postinfartuale o idiopatica per mantenere la capacità contrattile $\geq 35\%$.

7) Valutare con l'aritmologo l'indicazione al trattamento ablativo delle tachicardie ventricolari causate dalle cicatrici che si sono sviluppate nel cuore che ha subito un infarto.

La sinergia tra paziente e medico ancora una volta è l'arma più efficace che abbiamo per cercare di ridurre l'incidenza della morte cardiaca improvvisa.

Dr. Giovanni Rovaris
Responsabile S. S. Elettrofisiologia
Interventistica e Cardiosimolazione

Monza Cardioprotetta

CHI SI PRENDE CURA DEI DEFIBRILLATORI?

Qualcuno lo fa: è la

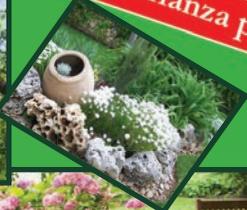
nostra associazione che, fin dalla loro installazione, si prende cura dei 13 defibrillatori sul territorio monzese.

Solo nella città di Monza, sono ben 13 i dispositivi donati da Brianza per il Cuore.

Fondamentale la loro presenza che, però, da sola non basta in caso di arresto cardiaco: ecco perché oltre mille persone hanno scelto di diventare 'cittadini salvacuore'. Per ricevere l'abilitazione all'utilizzo del defibrillatore come soccorritore laico, è sufficiente frequentare il 'Corso cittadino salvacuore' di Brianza per il Cuore Onlus. Tutti i fondi raccolti con i numerosi eventi della Onlus e le donazioni dei sostenitori sono devoluti a sostegno della causa e, in particolare, per la manutenzione dei defibrillatori che, per consentirne un corretto funzionamento, è piuttosto onerosa.



Noi sosteniamo i progetti di Brianza per il Cuore









VERDE
di Alessandro Canzi - SOVICO (MB)

PROGETTAZIONE - REALIZZAZIONE - MANUTENZIONE GIARDINI
POTATURA PIANTE ALTO FUSTO - IMPIANTI DI IRRIGAZIONE AUTOMATICI
ARREDAMENTI IN LEGNO PER ESTERNI

Qui cardiocirurgia

VALVULOPATIA MITRALICA: LA TERAPIA CHIRURGICA AL SAN GERARDO DI MONZA

Il sistema cardiocircolatorio, per permettere al sangue di ben circolare al fine di portare ai tessuti il giusto apporto di nutrimento e ossigeno, ha bisogno che tutte le parti che lo compongono (cuore e vasi sanguigni) funzionino in maniera adeguata.

Contribuiscono alla dinamica circolatoria anche le valvole cardiache le quali, essendo unidirezionali, fanno scorrere il sangue sempre nella stessa direzione.

Tra le valvole del cuore che svolgono questa funzione c'è la VALVOLA MITRALICA.

Questa valvola, costituita da un lembo anteriore ed uno posteriore, è posizionata tra l'atrio e il ventricolo sinistro.

Si apre come una porta durante la diastole ventricolare, facendo passare il sangue dall'atrio al ventricolo, e si chiude nella sistole ventricolare, impedendo al sangue il percorso inverso.

Qualche volta però la valvola mitralica può ammalarsi, o nascere congenitamente imperfetta.

In questi casi il flusso del sangue può essere ostacolato nel suo percorso (la stenosi), o subire una parziale inversione (l'insufficienza).

Diverse sono le cause di malfunzionamento della valvola mitralica: dalla malattia reumatica, al prolasso dei lembi, all'insufficienza che qualche volta può seguire l'infarto.

I sintomi caratteristici del malfunzionamento mitralico sono l'affanno (dispnea), la tosse, le palpitazioni, e qualche volta alcune aritmie cardiache tra cui la fibrillazione atriale.

Quando la valvola mitralica è gravemente malfunzionante la terapia indicata è quasi sempre quella chirurgica.

All'Ospedale San Gerardo di Monza, nell'unità operativa diretta dal Prof. Paolini, eseguiamo regolarmente dal 1999 interventi di riparazione e di sostituzione della valvola mitralica.

Gli interventi di sostituzione della valvola sono riservati ad una minoranza dei casi e vengono eseguiti rimuovendo la valvola malata e posizionando al suo posto una protesi biologica o meccanica a seconda dell'età del paziente (generalmente si opta per le protesi biologiche, che non richiedono la terapia anticoagulante, al di sopra dei 65 anni).

Diverse sono le tecniche utilizzate per riparare la valvola a seconda del motivo del cattivo funzionamento, si può andare dal posizionamento di anelli attorno alla valvola, fino alla ricostruzione delle singole parti della valvola stessa: ossia i due lembi o l'apparato sottovalvolare (corde tendinee e muscoli papillari).

Nel nostro centro oltre alla tecnica tradizionale che prevede l'accesso al cuore tramite la sternotomia, eseguiamo l'intervento anche con accessi mininvasivi, cioè praticando piccoli tagli nel torace per ridurre il trauma chirurgico.

È molto importante per il paziente recarsi tempestivamente dal chirurgo per evitare che il malfunzionamento della valvola possa nel tempo danneggiare seriamente il cuore, sapendo anche che prima si arriva all'intervento, maggiori sono le probabilità di riparare la valvola invece di sostituirla.

Dott. Orazio Ferro

U.O. Cardichirurgia Ospedale San Gerardo

La prevenzione

UNA SERATA DI CUORE NEL TUO QUARTIERE? PENSACI

Positiva l'esperienza di serate di informazione ed educazione alla prevenzione delle malattie cardiovascolari che sono state organizzate dal personale medico e infermieristico della Cardiologia del San Gerardo e rivolte ai degenti e loro familiari.

Visto l'interesse suscitato dal dialogo fra paziente, medico e anche col semplice cittadino sensibilizzato a conoscere un corretto stile di vita salutare, si è pensato di portare all'esterno (con la collaborazione di

Brianza per il Cuore, nei centri civici di quartiere, nelle sedi di associazioni, in centri culturali) queste interessanti incontri.

Gli incontri saranno coordinati dal dott. Davide Corsi, Uo Cardiologia San Gerardo

Per maggiori informazioni e prenotazioni: segreteria 039/2333487

brianzaperilcuore@asst-monza.it



Conosciamo il nostro cuore

IL LATO DESTRO DEL CUORE

Le malattie di cuore più frequenti per il cardiologo sono rappresentate da patologie del ventricolo sinistro: la maggior parte delle coronaropatie nell'infarto miocardico interessa questa camera, così come la disfunzione cardiaca a dare lo scompenso cardiaco è prevalentemente una malattia del ventricolo sinistro. Questo perché il ventricolo sinistro è la pompa principale, la più potente del cuore, e come tale fa sentire la sua disfunzione in modo acuto in caso di "guasti". Un ventricolo sinistro sano, che deve spingere il sangue in tutte le arterie dell'organismo fino ai capillari è capace di sviluppare una pressione in uscita fino a oltre i 200mmHg.

A lato del sinistro c'è il ventricolo destro, completamente diverso per forma, spessori delle pareti, architettura portante e potenza sviluppata. Questa pompa riceve sangue dall'atrio attraverso la valvola tricuspide ed è dedicata a spingere il sangue nelle arterie polmonari, ovvero in arterie corte, molto elastiche e sospese in mezzo ad un organo "soffice" come è il polmone, il cui volume è prevalentemente costituito dall'aria respirata. Per tale motivo il ventricolo destro è una pompa più debole, arrivando a produrre pressioni al massimo di 50-60mmHg.

Morfologicamente ha pareti sottili ed



Il ventricolo destro e il fascio moderatore illustrati da Leonardo (1452-1512)

una forma triangolare, con un lungo lato libero che viene tirato con forza durante la contrazione da un grosso fascio muscolare scoperto per la prima volta da Leonardo da Vinci, il fascio moderatore. Il lavoro di questa trazione è il principale motore responsabile della spinta di sangue nelle arterie polmonari, azione completata dalla contrazione delle fibre muscolari della parete libera.

Queste caratteristiche, funzionali al lavoro da svolgere di basso carico, si scontrano nella patologia con disfunzioni acute quali l'infarto del ventricolo destro (in genere per occlusione della coronaria destra) o con incrementi di lavoro legati a patologie delle arterie polmonari che le rendano più rigide, sovraccaricando la camera ventricolare (ad esempio nella embolia polmonare o nelle patologie polmonari croniche). Tali situazioni si presentano con sintomi di fiato corto (dispnea) che riduce le capacità di esercizio ma possono essere anche all'origine di ipotensione e astenia (fiacchezza).

Dott. Davide Corsi

UO Cardiologia Ospedale San Gerardo - ASST Monza

Cardiologia a rapido accesso

A DESIO SI SPERIMENTA UN NUOVO MODO DI CONDURRE L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE

Ospedale di Desio, ore 8:30, ogni mattina i cardiologi si riuniscono in biblioteca: si fa il punto dopo la notte; si passano le consegne sui nuovi ricoverati, ci si confronta sulle decisioni più opportune, si programmano gli interventi: è un momento fondamentale del lavoro in ospedale.

Alla stessa ora nel Poliambulatorio un'infermiera chiama il primo paziente per la visita cardiologica. Lo accoglie, chiede il motivo della visita, controlla la documentazione, esegue l'ECG e misura i parametri vitali. La giornata dei cardiologi ruota intorno a questi due centri di gravità: quello dei ricoverati (in Unità Coronarica, in reparto o in attesa in Pronto Soccorso) e quello dei pazienti ambulatoriali. Urgenza e cronicità. Due facce dello stesso lavoro. Se per un reparto di cardiologia la cura dei ricoverati e la gestione delle urgenze sono la base dell'attività, l'ambulatorio può essere considerato un banco di prova a due sensi per la qualità ed efficacia globale del servizio. In entrata, perché molti pazienti accedono al ricovero attraverso una visita ambulatoriale; in uscita perché ricoveri e interventi devono avere un seguito extra-ospedaliero. Dimenticare l'importanza delle attività ambulatoriali è

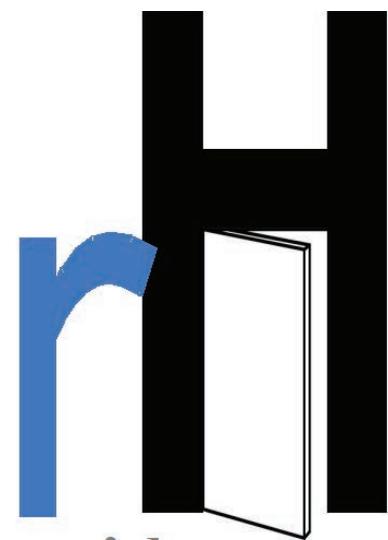
come avere la vista corta: isola il medico ospedaliero dal territorio riducendo le possibilità di accesso dei cittadini alle cure e rischia di ridurre la medicina al gesto tecnico di un intervento, trascurandone il contesto e il senso ultimo del lavoro di cura. "Abbandonare" il malato alla dimissione può compromettere tutto il buon lavoro svolto durante il ricovero. E rischia lo spreco di risorse spese per interventi e ricoveri. La riforma della gestione della cronicità che Regione Lombardia sta realizzando, oltre a mirare a un uso più appropriato delle prestazioni mediche offerte ai pazienti con patologie croniche (governo della domanda), può anche essere un incentivo a recuperare il senso del lavoro in ospedale.

Nella necessità di ripensare la sua organizzazione interna, la cardiologia di Desio ha iniziato un percorso di trasformazione che ha portato, tra i numerosi cambiamenti, anche la sperimentazione di un nuovo modo di gestire e condurre le visite ambulatoriali. È nato così l'ambulatorio di Rapido Accesso alle Cure Cardiologiche Ambulatoriali (RACCA, v.logo). Il "RACCA" è gestito da un medico e da due infermiere che lavorano in parallelo e consente un accesso più rapido a visite cardiologiche urgenti e ad

esami come il test da sforzo (ma, se necessario, anche l'ecocardiogramma o l'ECG secondo Holter per 24-72 ore) ai pazienti con disturbi sospetti. Un aspetto innovativo dell'ambulatorio RACCA è il ruolo attivo dell'infermiera che accoglie per prima il paziente, indaga sul motivo della visita, consulta la documentazione, esegue l'ECG, misura i parametri vitali e infine presenta il paziente al medico. Nella stanza accanto, comunicante con la sala visite, un'altra infermiera prepara un secondo paziente al test da sforzo. Lavorare in parallelo ottimizza i tempi delle visite e dell'esecuzione dell'ECG da sforzo aumentando la qualità della prestazione ambulatoriale. I pazienti e il medico hanno più tempo per parlare e le prescrizioni e i consigli sono veicolati in modo più convincente, aumentando di molto la possibilità che essi siano poi realmente seguiti.

La soddisfazione dei pazienti visitati con questa nuova modalità è stata subito evidente ma anche quella di infermieri e medici. È forse un primo passo per recuperare fiducia nel futuro del lavoro in ospedale.

dott. Pietro Vandoni direttore f.f. della S.C. di Cardiologia Presidio di Desio - Asst Monza



**rapido
accesso alle
cure
cardiologiche
ambulatoriali**

**Il logo dell'ambulatorio RACCA
attivato a Desio e dedicato alle visite
urgenti**



OBIETTIVO WHF
ENTRO IL 2025

RIDUZIONE DEL
25%

DELLA MORTALITÀ
PREMATURA DOVUTA
A MALATTIE
CARDIOVASCOLARI



PROSSIMI APPUNTAMENTI

3 giugno • ARCORE

10 giugno • SOVICO

24 giugno • MUGGIÒ

30 settembre • MONZA

14 ottobre • NOVA MILANESE

www.brianzaperilcuore.org

La "malattia delle vetrine"

LA CLAUDICATIO INTERMITTENS, COME RICONOSCERLA E CURARLA

La claudicatio intermittens è una condizione che affligge coloro che sono portatori di arteriopatia periferica a carico degli arti inferiori. Come si evince dal nome, chi ne è affetto è costretto, dopo aver camminato per un lasso di tempo variabile, a doversi fermare a causa di dolori, crampi e irrigidimento della coscia o del polpaccio. Per questo motivo è anche definita "malattia delle vetrine" perché storicamente coloro che ne soffrivano, costretti a doversi fermare in mezzo alla strada senza un motivo apparente, erano soliti mascherare la cosa fingendo di osservare le vetrine dei negozi.

La causa principale di questo fenomeno è l'ostruzione di una o più arterie che portano il sangue alle gambe e alle cosce; nel momento in cui, durante la marcia, i muscoli necessitano di

più energia e quindi di più apporto ematico ma questo viene meno, ecco comparire i disturbi. A seconda della localizzazione delle arterie coinvolte, il dolore muscolare può riguardare esclusivamente i muscoli della gamba, quelli della coscia o ancora i muscoli dei glutei.

Come per le più note malattie che coinvolgono le coronarie o le arterie che portano il sangue al cervello (carotidi), anche in questo caso ci troviamo di fronte ad una patologia basata sul processo dell'aterosclerosi.

Per prevenire questo processo è quindi molto importante correggere quelli che sono i fattori di rischio cardiovascolari, fra cui l'ipertensione arteriosa, il diabete, l'ipercolesterolemia e soprattutto il fumo di sigaretta.

Nel momento in cui si sospetti questo tipo di patologia è bene rivolgersi in primis al Medico

Curante il quale successivamente vi indirizzerà ad uno Specialista. Un'accurata visita con la rilevazione dei polsi periferici e un esame ecocolor-Doppler saranno sufficienti a porre la diagnosi corretta. Nel caso in cui la sintomatologia sia effettivamente da riferirsi a una problematica che coinvolge il distretto arterioso, sarà possibile intervenire con una terapia medica adeguata e, se non sufficiente, con un intervento di rivascolarizzazione mediante tecniche mini-invasive endovascolari o, quando necessario, interventi chirurgici tradizionali.

**Dott. Savino Pasquabisceglie
Dirigente Medico**

**S. C. di Chirurgia Vascolare
ASST Monza / Ospedale San Gerardo**





La sperimentazione

EVITARE IL SECONDO INFARTO CARDIACO È POSSIBILE, ECCO COME

Sapevate che il 25% delle persone colpite da infarto rischiano di averne un altro entro cinque anni?

Abbiamo intervistato il dottor Luciano Licciardello (in foto sotto ndr), membro del comitato scientifico di Brianza per il Cuore Onlus, che ci ha illustrato una nuova sperimentazione clinica sul ruolo dell'infiammazione nell'infarto cardiaco. Uno studio particolarmente importante che apre la strada ad una serie di considerazioni e sviluppi futuri.

Da cosa è causato il secondo infarto nell'arco di 5 anni dal primo evento, dott. Licciardello?

"Le cause possono essere molteplici. Il cuore risente del danno provocato dal primo infarto, diventa suscettibile e fatica a recuperare. Ecco perché - talvolta - non è sufficiente un cambiamento dello stile di vita per evitare il ripetersi dell'episodio. Serve una risposta concreta che prenda atto della condizione del cuore dopo il danno. Tra i fattori principali - poi - c'è sicuramente l'infiammazione."

Cos'è l'infiammazione?

"L'infiammazione è un processo reattivo verso agenti patogeni di qualsiasi natura contro i quali il corpo umano si difende, attivando il sistema immunitario. L'obiettivo finale del processo infiammatorio è attivare le difese dell'organismo per eliminare ogni potenziale elemento nocivo (corpi estranei, microorganismi, tossine, parassiti ecc.). L'infiammazione distrugge, diluisce ed isola l'agente nocivo ed allo stesso tempo innesca una serie di eventi che riparano e ricostituiscono il tessuto danneggiato. L'intero processo infiammatorio è regolato da una serie di sostanze, chiamate citochine, presenti nel sangue e deputate a coordinare la funzionalità delle cellule coinvolte nell'infiammazione."

Qual è il ruolo dell'infiammazione nell'infarto cardiaco?

"Oggi sappiamo che l'infiammazione cronica è un importantissimo fattore di rischio per lo sviluppo di moltissime patologie, comprese le cosiddette "big killer", come le malattie cardiovascolari, l'ictus cerebrale, il diabete e il cancro. La presenza di una sola di queste malattie, a sua vol-

ta, sostiene e incrementa la condizione di infiammazione e contribuisce allo sviluppo di ulteriori patologie.

Nel 2015 si stima che si siano verificati oltre 7 milioni di eventi cardiaci nel mondo. Nonostante il trattamento standard, le persone con un precedente episodio di attacco cardiaco convivono con un rischio più elevato di subire un altro evento o di morire a seguito del primo. È stato dimostrato che, in circa 4 persone su 10, questo rischio è direttamente correlato a un aumento dell'infiammazione associata ad aterosclerosi. Infatti, si è constatato che, nonostante i trattamenti attuali, il 25% circa dei pazienti che hanno subito un attacco cardiaco andrà incontro ad un nuovo evento cardiovascolare entro i successivi cinque anni."

Esiste un modo per evitare il ripetersi dell'episodio?

"È molto interessante - a questo proposito - il nuovo studio sullo 'spegnimento dell'infiammazione'. L'idea principale nasce dal fatto che c'è una componente legata all'infiammazione nell'infarto. 'Spe-

gnere l'infiammazione' significa spegnere una delle condizioni che predispongono il reinfarto (il secondo infarto ndr); la sperimentazione mette in luce questa possibilità.

Nell'ambito del recente congresso della Società Europea di Cardiologia, tenutosi a Barcellona nello scorso mese di agosto, sono stati presentati i risultati di una sperimentazione clinica internazionale condotta con un farmaco prodotto con tecniche di biotecnologia il canakinumab. Questo farmaco, attualmente utilizzato nel trattamento dell'artrite reumatoide, è in grado di neutralizzare selettivamente uno dei principali attori dell'infiammazione: l'interleuchina 1. I risultati integrali dello studio sono stati successivamente pubblicati da due delle più prestigiose riviste mediche internazionali: The New England Journal of Medicine* e The Lancet**

La sperimentazione, denominata CANTOS, ha arruolato 10.061 pazienti con pregresso attacco cardiaco associato a aterosclerosi con componente infiammatoria ed un elevato livello di proteina C-reattiva ad alta sensibilità. I pazienti sono stati suddivisi in quattro gruppi omogenei, ad ognuno è stata somministrata in modo casuale, ogni tre mesi per iniezione sottocutanea, in aggiunta alla terapia standard, una delle tre dosi di farmaco (50 mg, 150 mg o 300 mg) o il placebo. Complessivamente i controlli sono durati circa sei anni. I principali parametri verificati sono stati:

- il tempo alla prima insorgenza di un evento cardiovascolare maggiore nella forma di morte cardiovascolare, infarto miocardico non mortale, ictus cerebrale non mortale,
- ospedalizzazione per angina instabile, con necessità di trattamento chirurgico,
- mortalità per tutte le cause,

- tempo al decesso per tutte le cause
- La durata mediana dei controlli sul singolo paziente è stato 3,8 anni"

Quali sono i risultati di questo studio?

"I risultati finali hanno evidenziato una riduzione, statisticamente significativa, del 15% del rischio di subire eventi cardiovascolari maggiori nei gruppi trattati con 150 mg o 300mg rispetto ai pazienti trattati con placebo (p=0.021) raggiungendo così l'obiettivo primario dello studio*.

Per quanto concerne gli obiettivi secondari, si sono ottenuti altri due importanti risultati: la riduzione, statisticamente significativa, nei pazienti trattati con la dose di 300mg, rispetto ai pazienti trattati con placebo, della mortalità per cancro polmonare (p=0.0002) e la mortalità nelle infezioni generalizzate gravi (setticemie)**."

Intervista realizzata da Francesca Zonca di MBNews al dott. Luciano Licciardello, Comitato scientifico Brianza per il Cuore.

*PM Ridker et al (2017) "Antiinflammatory Therapy with Canakinumab for Atherosclerotic Disease. N Engl J Med 377(12):119-31.

**PM Ridker et al (2017) "Effect of interleukin-1 inhibition with canakinumab on incident lung cancer in patients with atherosclerosis: exploratory results from a randomised, double-blind,

placebo-controlled trial" The Lancet DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32247-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32247-X)

Nuovi farmaci

UNA GRANDE NOVITA' NELLA TERAPIA DELLO SCOMPENSO CARDIACO

Fino ad oggi la terapia dello scompenso cardiaco si basava sull'inibizione neuro-ormonale del sistema renina-angiotensina utilizzando ACE-inibitori, sartani ed antialdosteronici, e sul contrasto dell'attivazione del sistema nervoso simpatico utilizzando betabloccanti. Nel 2014 sono stati pubblicati i risultati dello studio PARADIGM-HF, che ha coinvolto 8400 Pazienti nel mondo, affetti da scompenso cardiaco cronico con Frazione di Eiezione ridotta. In questo studio un nuovo farmaco il sacubitril/valsartan (primo di una nuova classe farmacologica di inibitori della neprilisina) è stato confrontato con enalapril, l'ACE-inibitore che rappresentava lo standard di terapia nello scompenso cardiaco. I risultati ottenuti rispetto a enalapril, sono stati molto positivi sia in termini di riduzione della mortalità cardiovascolare del 20%, che dell'ospedalizzazione per scompenso cardiaco, ridotta del 21%, ma anche per la riduzione del 16% della mortalità per tutte le cause (Fig. 1).

Da molti anni si attendeva una novità, in termini di terapia farmacologica, che fosse in grado di ottenere nella pratica clinica, un allungamento dell'aspettativa di vita ed un miglio-

ramento della sua qualità. La fame d'aria (dispnea) e la grave stanchezza (astenia), sintomi tipici dello scompenso, infatti, si riducono sensibilmente. Il paziente può tornare gradualmente a una vita più attiva. Sacubitril/valsartan ha un meccanismo d'azione che consente, per la prima volta, di potenziare gli effetti del sistema dei peptidi natriuretici (veri e propri "ormoni" prodotti direttamente dal cuore a livello sia atriale che ventricolare) mantenendo contemporaneamente l'inibizione del sistema renina-angiotensina. Il farmaco è il primo della nuova classe terapeutica, gli ARNI (antagonisti del recettore della neprilisina e del recettore dell'angiotensina) che ha dimostrato, in Pazienti con SC cronico, di ottenere (paragonato con la terapia migliore possibile) ulteriori benefici per i Pazienti. Siamo di fronte a un cambiamento radicale del nostro approccio al paziente con scompenso cardiaco con il passaggio da un'inibizione ad una modulazione neuro-ormonale. Il nuovo farmaco è un'associazione di valsartan, un antagonista del recettore AT1, con sacubitril, un inibitore della neprilisina. Questa associazione determina da una parte il blocco dei recettori

AT1 (dovuto al valsartan), dall'altra il blocco dell'enzima neprilisina che ha la funzione di degradare in particolar modo gli ormoni natriuretici. Il blocco della neprilisina determina un aumento dei livelli degli ormoni natriuretici, prodotti dal cuore. Il farmaco è diventato disponibile in Italia dall'agosto 2016, ma grazie ai rapporti di collaborazione scientifica con la Azienda produttrice, la Cardiologia del San Gerardo ha avuto la possibilità di utilizzarlo dagli inizi del 2016.

In particolare abbiamo avuto la possibilità di testare il farmaco, per la prima volta in Italia, anche su Pazienti con Scompenso Cardiaco avanzato con risultati significativi che sono stati pubblicati di recente "Sacubitril/Valsartan in "Field Practice" Patients with Advanced Heart Failure: A Monocentric Italian Experience Vincenzi A · Cesana F · Cirò A · Garatti L · Achilli F su Cardiologia 2017.

Abbiamo trattato 10 pazienti con Scompenso Cardiaco avanzato, che necessitavano di farmaci inotropi periodici per via endovenosa, e di numerosi ricoveri ospedalieri. I risultati sono stati significativi: la necessità di ricovero si è ridotta (Fig. 2) e la maggior parte dei Pazienti a 6 mesi non necessitavano più di inotropi per via endovenosa.

In conclusione, oggi abbiamo a disposizione un farmaco nuovo, efficace, in grado di migliorare la prognosi dei Pazienti. La continuità di Cura e l'esistenza di un Centro dedicato alla cura dello Scompenso, ha consentito di trasferire alla pratica clinica, il beneficio di questi nuovi trattamenti.

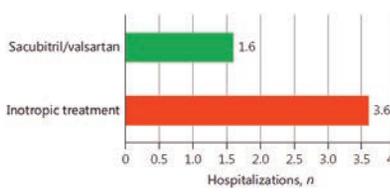
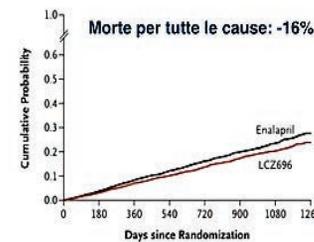
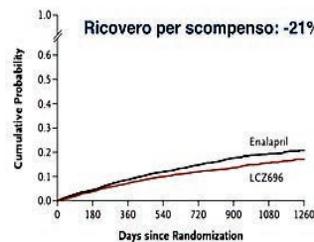
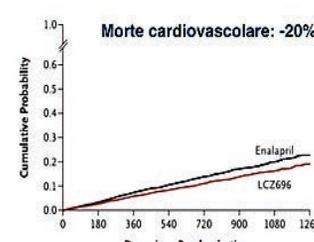
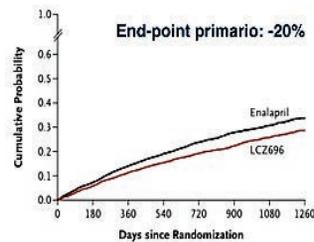


Fig. 1 (Sopra) Efficacia del Sacubitril-Valsartan (LCZ696) rispetto ad Enalapril nello scompenso cardiaco cronico con ridotta Frazione di Eiezione.

Fig.2 (A sinistra) Riduzione delle ospedalizzazioni per SC in Pazienti con SC Avanzato.

Abbiamo trattato 10 pazienti con Scompenso Cardiaco avanzato, che necessitavano di farmaci inotropi periodici per via endovenosa, e di numerosi ricoveri ospedalieri. I risultati sono stati significativi: la necessità di ricovero si è ridotta (Fig. 2) e la maggior parte dei Pazienti a 6 mesi non necessitavano più di inotropi per via endovenosa.

In conclusione, oggi abbiamo a disposizione un farmaco nuovo, efficace, in grado di migliorare la prognosi dei Pazienti. La continuità di Cura e l'esistenza di un Centro dedicato alla cura dello Scompenso, ha consentito di trasferire alla pratica clinica, il beneficio di questi nuovi trattamenti.

**Dr Felice Achilli
Direttore U.O. Cardiologia
Ospedale San Gerardo**

Una rete per l'ictus

COSA C'È DI NUOVO NELLA CURA?

In Italia, circa 170 000 persone soffrono di un ictus ogni anno e almeno il 50% dei sopravvissuti riporta disabilità rilevanti. L'ictus cerebrale è una condizione che affligge milioni di persone e famiglie al mondo, trasformando la loro esistenza in una realtà di sofferenza e perdita di autonomie.

La prevenzione è fondamentale poiché una quota degli ictus potrebbe essere evitata attraverso il riconoscimento ed il trattamento dei principali fattori di rischio come fibrillazione atriale, ipertensione arteriosa, obesità, diabete, fumo, alimentazione non corretta.

Negli ultimi anni va segnalato che si sono registrati enormi progressi nella diagnosi ma in particolare nella terapia di questa patologia acuta.

Infatti per il soggetto con ictus ischemico acuto (prontamente riconosciuto dal paziente stesso o dai familiari) che viene condotto in ospedale allo stato attuale vi sono almeno due strategie terapeutiche di ri-perfusione nella fase dell'emergenza-urgenza nella Stroke Unit (Unità Neurovascolare): la trombolisi endovenosa e, in casi selezionati, la trombectomia meccanica.

Da anni numerose campagne di sensibilizzazione ribadiscono il precoce



Nel caso di Ictus Ischemico è importante "ridurre il ritardo evitabile" attivando la Catena della Sopravvivenza

riconoscimento dei segni di allarme per la presenza di un ictus che sono la comparsa improvvisa di: debolezza o perdita di sensibilità di un braccio o di una gamba; marcata riduzione della vista; comparsa della bocca storta; mancata capacità di esprimersi correttamente (parlare male, incespicare). Fra i segni e sintomi meno frequenti ma non per questo meno importanti vanno ricordati: comparsa improvvisa di confusione; perdita di equilibrio con difficoltà a camminare, intensa cefalea diversa dal solito. Se questi sintomi o segni vengono riconosciuti il paziente deve essere condotto in un reparto di emergenza-urgenza attraverso l'allerta del 112.

Dunque è essenziale far arrivare la persona nella struttura specializzata (ove vi sia una stroke Unit) quanto prima in

modo che esegua subito gli esami, la Tac in particolare, per capire se l'ictus è stato determinato da un'ischemia o da un'emorragia. Nel primo caso, infatti, si può procedere alla trombolisi venosa sistemica, una tecnica in grado di sciogliere il coagulo che impedisce al sangue di arrivare al cervello. Lo scopo principale nella cura dell'ictus ischemico acuto è la ricanalizzazione arteriosa e la ri-perfusione dell'area cerebrale ischemica. L'efficacia della terapia dipende dal tempo e qualifica l'ictus come un'emergenza tempo-dipendente.

Recenti trial clinici e metanalisi hanno dimostrato che il contributo del trattamento endovascolare in pazienti selezionati migliora l'outcome clinico in relazione alle maggiori probabilità di ricanalizzazione e di ri-perfusione.

L'importante, però, è agire entro le prime tre-quattro ore al massimo poiché "time is brain" ossia il tempo è cervello e prima si agisce, più tessuto cerebrale si può salvare. Nella realtà lombarda esistono dei centri Hub per il trattamento combinato (trombolisi sistemica + trombectomia meccanica) sia centri Spoke (trombolisi sistemica) che in un secondo tempo trasportano la persona affetta da ischemia acuta cerebrale al centro Hub (trombectomia meccanica).

La sfida attuale e futura è la costruzione e il perfezionamento di una rete operativa fra i diversi centri ospedalieri locali, in modo che dal centro ove è possibile effettuare la cura di primo livello dell'ictus (terapia con trombolisi per via venosa) avvenga l'avvio, in casi selezionati e nel

minor tempo possibile, della persona affetta da ictus al centro di secondo livello (esecuzione di trombectomia meccanica). Questo modello organizzativo sta dimostrando nel mondo reale buoni risultati sull'esito clinico dei pazienti, confermando i preliminari risultati dei trial clinici, in termini di minor disabilità residua. La previsione per i prossimi anni è quella di un incremento del numero di casi trattati con la terapia combinata riducendo quindi i costi sociali ed economici di una patologia altamente invalidante.

Dal 2015 anche all'Ospedale San Gerardo di Monza se si riscontra l'occlusione di un grosso vaso con appositi mezzi diagnostici e vi è ancora del tessuto cerebrale salvabile si può ricorrere, grazie alla presenza del Neuroradiologo Interventista alla trombectomia meccanica (ossia alla rimozione del trombo che ha chiuso il vaso cerebrale). In questo modello organizzativo il nostro ospedale si pone come centro di riferimento (Hub) per gli ospedali limitrofi.

**Dott. Marialuisa Piatti
dott. Patrizia Santoro
Stroke Unit Clinica Neurologica
Dip. Neuroscienze Ospedale San Gerardo - ASST Monza**

SAVE THE DATE

30 settembre 2018
PARCO DI MONZA



BRIANZA PER IL CUORE RUN



Iscriviti subito su www.brianzaperilcuore.org • www.mysdam.net
Ai primi iscritti in regalo una maglietta tecnica

Il rischio corre nelle vene

EMBOLIA POLMONARE: UNA PATOLOGIA DA CONOSCERE

L'embolia polmonare è una grave patologia acuta e insidiosa che origina dalla formazione di un coagulo in una vena periferica, ovvero da una trombosi venosa (per la maggior parte le vene delle gambe) che evolve migrando (embolia) nella circolazione fino alle arterie polmonari, ovvero fino a quelle arterie che si diffondono per tutta l'estensione dei nostri polmoni e che ci permettono di recuperare l'ossigeno dall'aria respirata per portarlo a tutti gli organi del corpo.

Questa situazione improvvisa, chiudendo piccoli o grandi arterie polmonari, esclude dal

circolo segmenti più o meno estesi vanificando il respiro che li abita, visto che l'ossigeno che ad essi arrivano non potrà essere scambiato nel sangue. Possiamo ben comprendere pertanto il motivo del primo sintomo di embolia polmonare: il fiato corto, o dispnea. Oltre a questo, l'occupazione da parte di materiale embolico in rami polmonari obbliga il cuore, in particolare il ventricolo destro che qui spinge il sangue, a una fatica maggiore e improvvisa, che in casi di coinvolgimenti molto estesi può arrivare anche a causarne l'arresto. Sul coinvolgimento in senso di sovraccarico del ventricolo destro più o meno

marcato fino alla disfunzione totale si parla pertanto di embolia polmonare a rischio basso, intermedio e alto e queste diverse realtà esprimono corrispondenti differenze di mortalità. Quali le cause di embolia polmonare e trombosi venosa? Dobbiamo ricordare alcune predisposizioni, quali l'obesità, la malattia varicosa venosa, il fumo di sigaretta, i traumi o gli interventi chirurgici ed ortopedici (in particolare l'ingessatura di un arto è sempre da proteggere con eparina sottocutanea) e la terapia sostitutiva estroprogestinica (pillola anticoncezionale); altre situazioni, più rilevanti per configurare un rischio marcato di

tromboembolismo sono le cosiddette trombofilie. In tali patologie vi è uno squilibrio tra fattori e proteine pro-coagulanti e anti-coagulanti che compongono il nostro sangue e che all'equilibrio ci consentono di guarire da una ferita ma di non formare coaguli nelle vene: un eccesso o un difetto nell'una o nell'altra parte possono rendere più facile l'evenienza di una trombosi (e secondariamente di una embolia).

**Dott. Davide Corsi
UO Cardiologia Ospedale
San Gerardo - ASST Monza**

Qui nutrizione

RUOLO DELLA DIETA MEDITERRANEA NELLA PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

Un altro importante contributo delle nuove linee guida 2016* della Società Europea di Cardiologia alla prevenzione cardiovascolare (PCV) è il notevole risalto dato a un adeguato approccio dietetico con particolare riferimento alla dieta mediterranea, poiché è confermato che essa è in grado di ridurre efficacemente i fattori di rischio nelle malattie cardiovascolari. In particolare, i risultati delle più recenti sperimentazioni cliniche, hanno evidenziato una riduzione dell'incidenza di eventi cardiovascolari gravi del 30% nei soggetti ad alto rischio cardiovascolare che adottano una dieta mediterranea integrata con olio extravergine di oliva e frutta secca con guscio: 30 g al giorno di noci, nocciole o mandorle si sono dimostrati molto efficaci nel ridurre il rischio cardiovascolare.

I cibi sui quali è stata posta particolare attenzione, per i danni che possono provocare, sono quelli che contengono acidi grassi saturi (che innalzano colesterolo e trigliceridi) e i sali minerali (in particolare il sodio che aumenta la pressione arteriosa).

Nella disamina degli alimenti che co-

stituiscono la dieta mediterranea sono evidenziate le fibre alimentari la cui assunzione quotidiana (7-10 g) riduce del 9%-16% il rischio d'infarto e di malattia coronarica.

Altrettanto importante è il consumo di frutta fresca (5 porzioni il giorno) che, è stato dimostrato dagli studi clinici, è in grado di ridurre il rischio cardiovascolare (4%-11%) Un altro alimento che non deve mancare nella dieta è il pesce con il suo alto contenuto di acidi grassi polinsaturi che possono essere suddivisi in due sottogruppi:

- acidi grassi omega-6, contenuti principalmente negli alimenti vegetali
- acidi grassi omega-3, contenuti principalmente nell'olio e nel grasso di pesce

Gli acidi grassi polinsaturi abbassano i livelli del "colesterolo cattivo LDL-C" e, in misura minore, aumentano i livelli del "colesterolo buono HDL-C".

L'elevato consumo di alcool è ritenuto un fattore ad alto rischio di provocare/ aggravare malattie cardiovascolari, al contrario, una modica quantità di alcool (meglio se vino rosso, preferibilmente consumato durante i pasti) sembrerebbe



possedere un modesto effetto protettivo.

L'analisi complessiva dei più importanti studi clinici ha dimostrato che una maggiore aderenza alla dieta mediterranea è associata a una riduzione del 10% dell'incidenza della mortalità CV e una riduzione dell'8% per tutte le cause di mortalità. In particolare, si è visto che in persone ad alto rischio cardiovascolare, che hanno adottato una dieta mediterranea nel corso di un periodo di cinque anni, rispetto a una dieta di controllo, hanno ottenuto una riduzione del 29% del rischio di contrarre una malattia cardiovascolare.

Per meglio focalizzare l'attenzione del lettore sulla dieta mediterranea, riportiamo una versione aggiornata e riassuntiva della sua proposta nutrizionale con la raccomandazione di prestare attenzione alle quantità delle singole porzioni di cibo consumate giornalmente. Allargando il discorso allo stile di vita della popolazione, si è constatato che l'introduzione in molti paesi dei nuovi parametri alimentari, ha prodotto tendenze favorevoli nei principali fattori di rischio come il livello di colesterolo nel sangue, i valori della pressione arteriosa, che si concretizzano nella riduzione della mortalità per malattie cardiovascolari. Tuttavia, ancora molto rimane da fare soprattutto nella lotta contro l'obesità, importante fattore di rischio per l'insorgenza del diabete di tipo 2.

Dott. Luciano Licciardello
Comitato scientifico
Brianza per il Cuore

* The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology 2016. "European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice". Eur Heart J. 2016;37:2315-81.



Se hai letto fino a questa pagina... e condividi la nostra mission... allora diventa socio.
I vantaggi della Special CARD socio 2018:

La CARD di socio dà diritto a usufruire delle speciali iniziative ed agevolazioni e priorità di accesso ad eventi organizzati dall'Associazione per la salute del tuo cuore.

Puoi iscriverti on line su
www.brianzaperilcuore.net/soci

oppure con bonifico su
CREDITO VALTELLINESE via Zucchi - Monza
IBAN: IT23D 05216 20404 0000 0001 0520



Le agevolazioni in vigore al momento
dell'utilizzo sono visibili
su www.brianzaperilcuore.net/soci
o si possono richiedere in segreteria
tel 039 2333487

Sono al momento attivate le seguenti convenzioni:

Centri Analisi e salute

CAM Centro Analisi, *Monza*
STUDIO Massoterapia - kinesiologia - idroterapia -
drenaggio linfatico manuale, *Vimercate*
THERAPOLIS Centro Diagnostico, *Lesmo*
CENTRO MEDICO RISANA, *Muggiò*
CENTRO MEDICO TORRI BIANCHE, *Vimercate*
FISIOMEDICA, *Villasanta*

Outlet & Factory Store

COLMAR Outlet, *Monza*
FEDELI CASHMERE Factory Store, *Monza*
AZ. AGR. PARADISONE, *Montalcino*
SHOPTIME Outlet, *Vimercate*
Enoteca CATTANEO, *Carate Brianza*

Shopping col Cuore

FRANCO&FRANCO Abbigliamento Uomo, *Monza*
ANDROS UOMO MODA, *Monza*

Ristoranti e Alberghi

Albergo Ristorante SANTEUSTORGIO, *Arcore*
Ristorante SAINT GEORGES PREMIER, *Monza*

Medical and Fitness Shop

ORTOPEDIA PIROLA, *Monza*
DORELANBED area notte, *Lissone*
Ottica RIGA/BRANDINALI, *Monza*
PARAFARMACIA FROSI, *Monza*
FARMACIA BORGAZZI, *Monza*

Palestre e associazioni sportive per l'attività fisica

MAMETE Sport & Fitness Center, *Monza*
IRON FIT discipline Combat, *Monza*

Assicurazioni

CESANA ASSICURATORI, *Lissone*



REGISTRATI SUBITO ALLA NEWSLETTER SU WWW.BRIANZAPERILCUORE.ORG
POTREMMO INFORMARTI SUI PROGETTI IN CORSO



Inquadra e vai al
dettaglio delle convenzioni

Sosterrai così grandi progetti per tutti... con grandi vantaggi per te.

Associazione Brianza per il Cuore Onlus - Villa Serena via Pergolesi, 33 Monza - Tel 039 2333487 • brianzaperilcuore@asst-monza.it

